

المكتبة النفسية

# الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي - السلوكي



تأليف

د. محمد الحجار

دار النفاثين



PDF مكتبة نرجس

[www.narjes-library.blogspot.com](http://www.narjes-library.blogspot.com)





الوجيز في فن ممارسة  
العلاج النفسي - السلوكي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مكتبة

# الوجيز في فن ممارسته العلاج النفسي - السلوكي

تأليف

الدكتور محمد الحجار

دكتوراه في علم النفس السريري (ألمانيا) - أمريكا -

مجاز من البورد الأمريكي في علم النفس الطبي والطب النفسي - السلوكي

استاذ محاضر سابق في جامعة دمشق وفي أكاديمية تأليف القرية للعلوم الأمتية ، في الرياض

دار النفائس

# جميع الحقوق محفوظة

## DAR AN-NAFAËS

Printing-Publishing-Distribution

verdun str. Safi Aldeon Bldg.

P.O.Box 14/5152

Fax: 861367 - Tel. 863152 -

810194. Beirut - Lebanon



الطباعة والنشر والتوزيع

شارع فردان - بناية المبيع

وصفي النين - ص.ب 14/5152

فاكس: 861367 - هاتف: 863152

أر 810194 بيروت - لبنان

E-mail: [nafaes@intracom.net.lb](mailto:nafaes@intracom.net.lb)

الطبعة الأولى: 1420 هـ - 1999 م

## هذا الكتاب

هذا الوجيز مستقى من مؤلفات العلامة الطيب النفسي المعروف جوزيف ولبي الذي يُعدُّ واحداً من أبرز المبتدعين في العلاج النفسي السلوكي في العالم، والذي ابتكر ما يسمى بأسلوب «الإزالة المنهجية للحساسية» في علاج الرهاب والقلق والخاوف المرعبة على اختلاف أنواعها.

وقد عمدتُ إلى استخلاص أهم الأسس النظرية والتطبيقية والافتراضات التي ضَمَّنَها في مؤلفاته وتجاريه في ميدان العلاج السلوكي، وكتبها في هذا الوجيز.

إن هذا الوجيز هو للباحث، والمعالج النفسي السلوكي - المعرفي، وللطالب في علم النفس، وللطبيب النفسي، ولجميع العاملين في ميدان الصحة النفسية المهنية، وللأستاذ المدرِّس في كليات الطب والتربية والعلوم النفسية، وللقارئ المهتم بالعلاج النفسي، وهو أيضاً لمن يلتمس العلاج النفسي بالتعليم الذاتي.

والله الموفق.





### سمات العلاج النفسي السلوكي ومناهجه

هدف العلاج السلوكي هو إضعاف عادات السلوك المتكررة اللاتكيفية المتعلمة أو إزالتها. والسلوك اللاتكيفي (أو الاستجابة اللاتكيفية) يظهر رداً على منبه خاص. وتكون الاستجابات السلوكية حركية وانفعالية ومعرفية. وبذلك تصبح العادات السلوكية اللاتكيفية مخزنة للمعضوية ومؤذية.

يُعرّف العلاج السلوكي بأنه: «استخدام الأسس التجريبية المثبتة والمُعبر عن عليها، والقائمة على مبادئ التعلم بهدف إزالة الاستجابات اللاتكيفية أو إضعافها».

ومصطلح العلاج السلوكي الذي وضعه سكينر وليندزلي، تبناه هانس أيسنك (١٩٦٠) وأعطاه اسماً جديداً هو العلاج الإشرافي، إلا أن مصطلح العلاج السلوكي ظل مستعملاً.

ومن الخطأ الاعتقاد أن العلاج المعرفي ليس بالعلاج السلوكي الحقيقي، ذلك لأن تبديل التفكير يترتب عليه تبديل العاطفة والسلوك.

### تاريخ العلاج السلوكي

تاريخ العلاج السلوكي هو تاريخ العلاج النفسي ذاته. وكانت طرق

المعالج في العصور الغابرة تقوم على الخرافة والسحر والشعوذة الإيحائية، ثم أخذ مؤخراً صورته الموضوعية عندما قام على الأسس العلمية.

ويعتبر أنطون مسمر أول معالج نفسي مهم (١٧٧٩)، وهو طبيب أسترالي أقام في باريس. وقد انطلق من نظريته العلاجية في إزالة المرض النفسي من خلال ما أسماه بإعادة المغناطيسية الحيوانية إلى توازنها؛ فالفرد لديه مغناطيسية حيوانية متوازنة فإذا اختلت هذه المغناطيسية أصيب بالمرض النفسي.

ولافت نظريته القائمة على الإيحاء النفسي رواجاً، إلا أنها أثارت نقاشاً وجدلاً كبيراً في الأوساط العلمية السائدة، فأدى ذلك إلى تشكيل لجنة لتقييم صحة هذا الافتراض العلاجي، واتهمته في تقريرها بالشعوذة. ورغم عدم صحة افتراضاته المتعلقة بالمغناطيسية الحيوانية، إلا أن أساليب التطبيق كانت صحيحة، لأنها اعتمدت على تأثير الإيحاء العلاجي الذي ثبتت فاعليته اليوم.

كان لدى المعالج في القرن التاسع عشر مبرراته المتعلقة بفرائد الدعم، والنصح، والإقناع، والإيحاء اللاواعي في مداخلاته العلاجية، ثم جاء فرويد، وقدم مجموعة افتراضات منطقية ومتماسكة في تعليل المرض النفسي، عُرِفَت باسم النظرية العلاجية التحليلية. وكان طرحه لافتراضاته الممثلة للاضطراب العصبي مُقنعاً، فجذب الكثيرين إلى مدرسته التي سادت خلال هذا القرن، رغم إنه لم يقدم تجريبياً ما ثبت صحة افتراضاته. ورغم قصور نظريته، ووجود ثغرات كبيرة فيها، إلا أنه نجح في إثارة حقيقتين: أولاً أنه وضع مسألة المُصابَات النفسية في المقدمة، وثانياً أنها جرد موضوع الجنس من إطاره الاجتماعي الأخلاقي.

ولكن بما أن نظريته لم تخضع للتجربة والبرهان، فإن العلاج السلوكي بدأ يتفوق عليها، ويحل محلها، نظراً لأنه قائم على التحريب والقياس والمصوغية في صحة افتراضاته، وذلك لامتلاكه من المحابر التجريبية على الحيوانات إلى الإتيان التجريبي على الإنسان

### تطور العلاج النفسي التجريبي

أخذت الدراسات التجريبية المنهج الذي رسمه كل من بافلوف وواطسون في الكشف عن خصائص العادات وطرائق اكتسابها وكيفية زوالها، وهذه الدراسات للسلوك قامت برئستها على قوانين التعلم.

وأثنى السير بهذا الاتجاه إلى معرفة السلوك اللاتكثيفي الذي يمكن إزالته أيضاً بقوانين التعلم. فالمادة السلوكية المتعلمة يمكن إزالتها بالقوانين نفسها التي شكلتها. وقد أكد لنا ذلك العلامة رير (١٩٢٠) في تجربته الشهيرة التي أجراها على الطفل ألبرت وعمره أحد عشر شهراً الذي اتسم طبعه باللامبالاة. فقد كان رير يرمي قضياً حديدياً على الأرض معاً، فيحدث صوتاً عالياً مزعجاً بوجود هذا الطفل، وفي الوقت نفسه يُقرن هذا الصوت المزعج بلمس الطفل لجرذ أبيض اللون عند مرأه، فأحدث عند الطفل الخوف الإشرطي من الجرذ، وتعمّم هذا الخوف عند الطفل ليشمل الفراء الأبيض. ولإزالة هذا العُصاب الإشرطي التحريمي طرح رير طريقتين وهما: الإطفاء التجريبي، والطريقة الثانية معاكسة الإشرط باستجابة سائرة تمثلت في إطعام الطفل عندما يتعرض للخوف من الفراء الأبيض. أي قام بإضعاف الاستجابة التخوفية، أو معاكستها، باستجابة معاكسة مضافة في الطبيعة وهي الطعام (لأن فيه لذة وسروراً) وبعد ثلاث سنوات طبّقت هذا الأسلوب العلاجي المعاكسة المعروفة ماري

كوفر جونس (١٩٢٤) على طفل يشكو من رهاب القطة، حيث كانت تدفع القط من مسافة أقرب فأقرب نحو الطفل وهو يتناول الطعام حتى جعلته يلمسه ونجحت بهذا للتخرج من إزالة الخوف.

وبناء على هذا أمكن الاستنتاج أن الملاحظات الجارية على مخاوف الطفل مع بعض المعطيات الخاصة بالتجارب على الحيوانات المخبرية التي أسيّت بمصائب تجريبية أبورت الاهتمام الكبير بالعلاقات المنتظمة في تدهن السلوك ضمن إطار قوانين التعلم وقوانين التجريب للمحتوى النفسي - المرضي

ثم سادى بورنهام (١٩٢٤) باستخدام السلوك المعاكس لتبديل العادة اللاتكيفية المصائبية، أي في علاج مرضى المصائب النفسي. وهذه الترقية أكّدتها كتابات هرزبرك (١٩٤١) وتوردهون (١٩٤٨) بصنعها وسبله لمهاصه العادة اللاتكيفية العصبية.

أما دونالد (١٩٣٢) فأكبرز أهمية إطفاء العادة تجريبياً من خلال التريادة والتفويجه في قوة الاستجابات المثارة، وتكرارها دون تعريض، فعبات التعرير يُضعف العادات. وأظهر الإمكانيات التطبيقية لهذه الطاعرة من خلال ما أسماه بالممارسة السلبية Negative practice؛ وذلك بإزالة العادات الحركية غير المرغوبة عن طريق ممارستها عمداً وبشكل متكرر، مع إخضاعها إلى الوعي الإرادي

وشدّد غوثري (١٩٣٥) على إمكان تطبيق الطرق المعاكسة للإشراط تطبيقاً عاماً، على هراو ما طرحته العلامة جونس؛ أي إطفاء الإشراط باستجابات معاكسة مصادرة، كما شاهدنا ذلك في علاج جونس للطفل المصاب بالرهاب، حيث كانت الاستجابة المرافقة المعاكسة للرهاب هي الطعام (الساو).

وانتهى عوثري إلى القول: «إن أبسط فاصلة لإزالة العادة يكون بمحاولة العثور على المنبهات Cues التي تثير الاستجابة غير المرغوبة المراد إطفائها، ومن ثم ممارسة استجابة أخرى معاكسة ردّاً على تلك المنبهات».

إن الدلالة القاطعة البالغة التي لا نقاش فيها حول قوة ماضية الاستجابة بجدها في علاج القُصَاب التجريبي. ومن المعلوم أن هذه القُصَاب التجريبية التي تم خلقها صنفاً بفعل قوانين التعلم في المخاير الحيوانية، هي عادات استجابات قلق مستمرة. ومن المعلوم أيضاً أن تجارب بافلوف هي الرائدة في هذا المضمار (١٩٤١). فقد وضع بافلوف كلباً على طاولة ضمن غرفة صغيرة (قفص) وثبته بواسطة حزام لسمه من الحركة، ثم عرض الكلب إلى منبه مؤذٍ أثار عنده قلقاً شديداً، وعرّضه أحياناً إلى حافز أثار لديه صراعاً حاداً قوياً وتمّ إشراط العلق (قرنه) بأصوات ومشاهد الموقف التجريبي.

ومن خلال تكرار الإثارة المغلفة حدثت عند الكلب درجة قلق عالية إشراطي في العرفة التجريبية، ومبهات ملامسة، وقد اتسم قلقه بالاستمرارية والشدة، ولم تكن شدة هذا القلق تتضاءل لاهي أثناء وجوده داخل القفص التجريبي، ولا أثناء إخراجه من هذا القفص لمدة طويلة وهكذا يرى أن السلوك الهادي الذي تنعم به الكلاب في أوقاصها، يُعاكس بهذه الإثارة القوية المحدثة للقلق.

ومما لا شك فيه أن هناك نوعاً من القلق يظهر في الأوساط البيئية التي تتضمن منبهات تماثل تلك التي نجدها في بيئة القفص التجريبي. وقد أظهر ك تلميذ بافلوف وهو هورميلي (١٩٤١) من خلال سلسلة تجاربه

كيف أن حيوانات التجربة (الكلاب) التي لم تُعالج من المُصاب النحربي، تبقى طوال حياتها تعاني من هذا المُصاب الذي أصابها.

ومن خلال التجارب التي أجراها العلامة الطيب المعروف جوريف ولبي Wolpe (عام ١٩٤٨ م) أثبت إمكان السيطرة على المُصاب التجريبي وإزالتها بواسطة استخدام الاستجابة المناهضة للقلق التي استخدمتها الباحثة جونز في علاجها لمخاوف الأطفال المُصابة التي ذكرناها. أي بتعبير آخر استخدام الطعام كاستجابة معاكسة للقلق على مستوى الإثارات المقلقة الضعيفة نسبياً. وهذه التجارب التي أجراها ولبي فادت إلى ابتداء أسلوبه العلاجي المعروف بالتنشيط المماكس Reciprocal inhibition في علاج المخاوف المرضية عند الإنسان Phobias. ولما كان الطعام لا يصلح كاستجابة معاكسة للقلق إلا عند الأطفال الصغار والحيوانات، كانت الاستجابة الاسترخائية هي البديلة عن الطعام في علاج عُصابات القلق عند الكبار الراشدين.

إن المعدات اللاتكيفية هي التي تحلق المتلازمات البكارية «الطية - القسبة»، وهذه المتلازمات يمكن تقسيمها بخطوطها العريضة إلى نوعين

أ - المتلازمات العضوية المنشأ (أي الاضطرابات ذات الأصل البيوكيميائي أو الآفات العضوية).

ب - المتلازمات التي تُرد إلى التعلم؛ أي الاضطرابات المُتعلمة المكتسبة. فالعلاج السلوكي، بل وجميع ضروب العلاج النفسي تتناول المتلازمات (أي الاضطرابات) المُتعلمة المكتسبة. وهذه المتلازمات النسبة التي خلفها التعلم تقع ضمن خمسة تصنيفات وهي

## (١) - المُصابَات النفسية<sup>(١)</sup> Psychoneuroses

تُعد المُصابَات النفسية في المدرسة العلاجية السلوكية عادات لا تكتيكية مُعلّمة، تمّ اكتسابها وتعلّمها في مواقف مولّدة للقلق واستجابات القلق المتعلّمة تظلّ مستمرة، وتُعد العنصر المركزي للمُصاب النفسي. وهذه المُصابَات بمظاهرها النفسية والجسدية ليس فيها أي سبب عضوي خاص. وكل فرد معرض لاكتساب بعض العادات المُصابية، ويلعب الاستعداد التركيبي دوراً في اكتساب عادات القلق المتعلّمة، أو المُصاب النفسي.

## (٢) - العادات اللا تكتيكية المتعلّمة الأخرى

نضوي تحت هذا التصنيف العادات اللا تكتيكية التي لا تتضمن عنصر القلق الذي يميز المُصاب النفسي عن غيره. ومثالاً على العادات اللا تكتيكية ثورات الغضب، قضم الأظفار، السلس البولي الليلي، الجدل الشديد، هوس تل الشعر Trichotillomania، ويطء الحركة المرمس

## (٣) - الشخصية السيكوباتية (أو اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع DSM-IV)

ويطبق هذا التشخيص على الأشخاص الذين تعودوا على القيام بأعمال سلوكية مضادة للمجتمع، فلا يترقب عن أي فعل يقومون به، الشعور بالإنتم والقلق لذا فإن أي عقوبة تعرض بحقهم بسبب أي فعل

---

(١) حذف كتاب DSM-IV (الذي يصدر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية) من تصنيفه للأمراض النفسية مصطلح المُصاب النفسي، ظراً لعدم وجود اتفاق بين العلماء في تعريف المُصاب، وقد اثرتنا هنا استخدام هذا المصطلح لسبب استعماله

مئس أو إجماعي ارتكبه لا يترتب عليها أي ردع أو إصلاح أو نصوب  
للسبوك المصاد للمجتمع. ورغم أن العامل الإرقي البيولوجي له دوره في  
هذا الانحراف السلوكي والاستعداد التركيبي المسبق في هذا الاضطراب  
(إسكين ١٩٥٧)، فإن الأنماط الخاصة بهذا السلوك هي مُعلنة، وتتأثر  
بالتبدل والإزالة وفق قوانين التعلم ولكن ولسوء الحظ لا يوجد لدينا،  
في هذا الميدان، إلا القليل جداً من الأبحاث التي تناولت الإمكانيات  
العلاجية

#### (١) - الإدمان على المخدرات

يلجأ الفرد إلى الإدمان على المخدرات، ويكرر هذا السلوك من  
أجل تحصيل الألم أو الكرب النفسي الذي يعانيه، أو بفعل تعرضه  
للشذات لفظة أو المقلق أو لأسباب أخرى وإذا دام على تعاطي الدواء  
المحدر حتى بعد زوال العامل المسبب كالنوتر مثلاً، حيث نقول إنه  
أصبح مفعماً

يسم الإدمان بزوع شديد Craving نحو المادة التي تعود المدمن  
على تعاطيها. وكما هو معلوم فهي حالة جبرية تدفع المدمن إلى البحث  
عن المادة المخدرة لإضعاف هذا النزوع الملحاح وتخفيفه. وبالصع هالك  
حالة بيولوجية وراء هذا النزوع نحو المخدر (في بعض المحدرات)،  
بحيث تجعل عادات تناول المواد المخدرة مختلفة من النشائيب الأخرى  
لعادات التكيئية. وأظهرت الأبحاث أن هذا الفرق بين العادات التكيئية  
وعادات تناول المخدر مورفين يرتبط بتأثيرات هذه المواد على  
المستقبلات العصبية الخاصة بالمسكنات البيوكيميائية الطبيعية الموجودة  
في الجسم والتي تسمى (بالأندورفينات). وبما أن النزوع انتوحي إلى  
المخدر هو استجابة لحالة بيولوجية، فإنه من الممكن - على مستوى



العصوية - تجريب المواد الصيدلانية ذات التأثير المعكرو (الشبه التكريهي) بهدف تبسيط هذا النوع من المحلوس. وقد قام كل من وليي ويشير (١٩٨٠) بتجريب بعض المواد الصيدلانية لمعرفة مدى تطبيق التعلم التكريهي في علاج تعاطي المحتويات، فوصلوا إلى نتائج إيجابية (وهذا ما ستكلم عنه في فصل لاحق).

والهم في معطيات تلك التجارب أن المدمين على المخدر لا يظهرون عادة مهلاً قوياً للتخلص من إدمانهم، لذلك فإن نروعهم إلى الشفاء يكون ضعيفاً

ولا شك أنه عندما ينعدم وجود برنامج مصمم للتأثير للعلاج الإدمان على المحتويات فإن حل مشكلة المدمين تبقى مستعصية

### مظاهر العُصاب النفسي

يُعرّف العُصاب النفسي وفقاً لمدرسة العلاج النفسي السلوكي بالنالي

«العُصاب النفسي هو عادة لانتكسية تم اكتسابها من خلال التعلم في موقف مؤلّد للقلق (أو تنالي وتعاقب مثل هذا الموقف) بحيث يكون القلق هو العنصر الجوهرية والأساسي في هذا الاكساب.

والمخاوف التي يشكو منها مريض القلق غالباً ما تكون غير منطقية ولا موضوعية، ونتائج اتزعاجاتهم من هذه المخاوف هي التي تدعمهم إلى التماس العلاج عادة.

ونجد أن أكثر المخاوف العُصابية شيوعاً هي المخاوف الاجتماعية Social Phobias (أي الخوف من النقد أو الرفض أو عدم القبول). ويعتبر الخوف من التكلم أمام الناس هو الأكثر شيوعاً في المخاوف العُصابية

ولعل الخطوة الأولى الممكن إزالتها هي هذه المخاوف هي الخوف من  
تحمل المسؤولية

وهناك مخاوف أقل شيوعاً من تلك التي ذكرناها، وهي كثيرة يصعب  
حصرها، كالخوف من المرتفعات، والظلام، والخوف من الأماكن  
المكتظة، والمشافي والساحات العامة، والحفن، والكلاب، والعناكب  
الح . . يضاف إلى ذلك القلق المعمم (أو القلق العائم الحر) ويختلف  
عن المخاوف المرضية التي ذكرناها بأنه غامض غير محدد. فالمرضى في  
هذه الحالة يعاني من خوف مبهم غامض لأيام أو شهور وأحياناً يكون  
هذا الخوف مشروطاً (أي يرتبط بإشراط) بالمكان أو المرتف،  
وبالإحساسات الجسدية.

ثم إن للقلق تأثيرات ثانوية غالباً ما تكون تبع تعاسة الفرد أكثر من  
الفن ذاته، كالخجل المرضي، واحمرار الوجه، واللتأنة (اضطراب  
الكلام)

والخجل المرضي يعيق المبادأة الاجتماعية، ويحرم المريض من  
تطوير علاماته الاجتماعية، واكتساب الخبرات بفعل ميله إلى الانعزال ثم  
هناك القلق من عدم الكفاية الجنسية عند المرأة والرجل، وبمراوح ما بين  
الدقق المبكر وضعف الانتصاب عند الذكور، والبرود الجنسي ومقدان  
الرغبة الجنسية عند المرأة؛ وهو أمر يدمر العلاقات والحياة الزوجية.

ويعتبر القلق أيضاً من سميات العادات المصادة للمجتمع؛ كالزواج  
الجهري بحر إشمال الحرائق، والتعزّي (إظهار العودة عند المرأة والرجل)  
والعيشية<sup>(١)</sup> Felishism، والمُصاب الوسواسي - الجبري، والاكتئاب

---

(١) أي الإثارة الجنسية عند الرجل في أثناء أو مشاهدة الألبسة الداخلية للمرأة

المُصابي ويمكننا تلخيص عقايل ونتائج القلق العصبي باللوحة التالية

### اللوحة رقم (١)

#### نتائج القلق العصبي

التأثيرات السريرية الشائعة	التعرض الفيزيولوجي
١ - على مستوى الجملة العصبية الذاتية: ● الشعور بالقلق، الجزع، الخوف الخ ..	١ - فرط تنبه الجملة العصبية للوذية
● الشعور بالاختناق	
● الشعور بالتهديد بمقدار السيطرة على الذات أو بالحرف	
● العوار	ب - فرط التهوية الرئوية
● ميوحة الإغماء أو العشي	
● الصداخ	
● الملل أو الحذر الحسي	
● تسرع القلب	
● الأمراض العصبية - البدنية أي:	ج - اضطرابات الجملة العصبية الذاتية
- التهاب المجلد العصبي	في جهاز بدني واحد
- الربو القصبي	
- التهاب الأنف الوعائي	
- الحركي	

- قرحة المعلة ومتلازمة فقرح

المعدة

- متلازمة تهيج الأمعاء

- فرط التبول

- عسر الطمث

- ارتفاع الضغط الدموي

- الشقيقة أو الصداع الوعائي

٢ - على المستوى الحركي

١ - التوثر العضلي المهيمن للمسنم

أو الموضوعي

الاضطراب الحركي أي

- الرجفة

- اضطراب الكلام

- ألم الظهر

- عسر حركة المعلة

- تجنب التعبهات التعبيرة للقل

- عمل وظيفي (مهني) موعق

- تفاعل اجتماعي موعق

- وظيفة جنسية موعقة

- السلوك الجبري أو القهري

- عصابات الطبع أي

● الاتصال الجنسي غير الشرعي

(الزنا)

● الانحرافات الجنسية أي

● اللواط

● الاتصال الجنسي بالأولاء

ب - إشراف التعجب الحركي

ج - تنشيط الوظيفي للمعقد

د - سلوك حركي معقد بالمشاركة مع

الفلق أو السلوك المرتبط بإضعاف الفلق

• الإظهارية (إظهار المعودة)

• التلخيص الجسي أي اختلاس

النظر جميعة للحصول على

المصرة نتيجة رؤية فعل

جنسي (Peep)

- ما تحت النسوة

(نتيجة عدم تسجيل الحوادث

الخارجية في الذاكرة)

- تأذي التعلم والأداء

د- على المستوى الفكري (المعرفي)

- التركيز الفكري على استجابات القلق



### المنبهات، الاستجابات، التعلم وطبيعة التفكير

#### ١ - المنبهات والاستجابات

إن جميع أنماط السلوك بما في ذلك أكثرها تعقيداً، تنضم تالي العبه - الاستجابة وهو ما أسماه بافلوف نشاط الجملة العصبية المركزية. فالاستجابة Response هي نشاط عصبي حاصر أو نتيجة لحدث، أما العبه Stimulus فهو السابق للاستجابة ومحدثها ثم إن العبه الحسي هو المصدر الخارجي للمنىء للطاقة الذي يُنتج النشاط للعصب الحسي الناقل للإحساسات من المحيط إلى المركز (Afferent nerve) وكل جزء من تعاقب الاستجابات يمكن النظر إليه باعتباره مهأ للاستجابات التالية. فالحركة يمكن اعتبارها استجابة للبيالات العصبية التي أدت إلى الحركة، واعتبارها أيضاً العبه الحسي الذي اثار هذه البيالات العصبية.

إن المنبه الخارجي Extroceptive سواء أكان ومضة صياء بسيطة ام منظر امرأة جميلة، يثير استجابات معقدة حركية وإدراكية ونباتية (نسبة إلى الجملة العصبية النباتية أو الإغائية). فالاستجابة الحركية لا تُحدث فقط سميات ناشئة من العضلات ذاتها، ولكن أيضاً تبدلات في علاقات افراد بالمحيط والعالم الذي حوله. فتبدل وصبة جسم الإنسان يترتب عه تبدل

حصر الرؤيا عنه. والاستجابات الخاصة بالجملة العصبية الإعاشية تحدث بدورها مبهات تؤثر على السلوك مثل صوت صريرات العب المسموعة، أو تمزق راحة الكف

ورغم هذا التعقيد نجد دوماً درجة ما من قابلية التبدل. هناك قابلية عامة للتكرار في سلوك المصوية إزاء موقف تيهي معين، ضمن حد من الشروط الفيزيولوجية. فالناتج التجريبي للعلاقة الكائنة بين العنب والاستجابة هو الذي نسميه «العادة» وعموماً فإن عاداتنا تتماشى مع ما يعبدا، ولكن هناك بعض العادات التي نسيء إلينا ونلحق الضرر بها، لذا سرعان ما يبذل جهوداً لتعديلها

## ٢ - القواعد الأساسية للتعلم ومحو التعلم (علم التعلم)

أ - التعلم سابق للتكثير، والتكثير يقوم على الإدراك الذي هو ساح التعلم

أما التعزيز فهو عملية يتم من خلالها اكتساب استجابات جديدة ورغوة عادات موجودة. وقد طالعا بافلوف في تجاربه المودجة كيف أن «نقوية» فوساط منه استجابة تعتمد على «الإثابة» مثل الطعام عند الأظمان الصغار والحيوانات (بافلوف ١٩٢٧). ثم إن مقلد الإثابة Beward وتوقيتها بالسة إلى تنالي منه - استجابة هما حاسمان في تحديد مدى تشكّل الارتباط الوظيفي، سواء أتم هذا الارتباط أم لم يتم فاحتمال ظهور الاستجابة نتيجة العنب إما أن يتزايد أو يتناقص، وهذا ما تم إظهاره بكثرة بمصرص العادات الحركية، وبعض العادات الأخرى لمرنطة بالجملة العصبية المركزية (بافلوف ١٩٢٧، سكينر ١٩٥٣، ميلر ١٩٦٨).



ويمكن إشرط الكلمات، والصور الذهنية، والأفكار بالإثابات  
الخارجية (بادلوف ١٩٥٥، ولزان ١٩٧١). فالمعززات الخارجية كثيرة  
بعضها الطعام، وإعطاء المال، والمديح والإطراء.

وهي هذا المجال يجد أمثلة تدل على أن التعلم يحدث في غياب أي  
مصدر تعزيز خارجي. فقد نشر على فرد لا يحتاج إلى تعزيز خارجي  
للتعلم من القاموس، لأن لديه تعزيزاً داخلياً المشأ وهو الميل  
والحماس، وهذا التعزيز يكون في حالة فعل وعمل.

إن تشبهات المبه - الاستجابة تتوقف على الارتباطات الوظيفية التي  
تم تشكيلها بين الوردونات المصيبة. فغراء كل عادة لرسامات وظيفية  
عصية تم تشكيلها

ثم إن التعزيز الخارجي يؤثر على الحوادث الجارية في الوصلاب  
المصيبة Synapses. إذ نيس هال Hull (١٩٤٣) وجود صورة عامة لجميع  
المعززات الخارجية لأنها تتمم حالات «النافع» «Drive» أو الحصر  
للإثارة المصبونية في الجملة المصيبة المركزية والناجحة عن انتبيه  
الداخلي لحاجات الجسم؛ مثل الحرمان من الطعام والماء، أو الساجم  
عن انتبيه الخارجي للقوي مثل التنبه المؤذي Noxious فالإثارة  
المصبوبة المركزية التي تتجاوز مستوى معيناً من القوة يترتب عليها  
حدوث نشاط حركي واضح، أما نافع هذه الإثارة (والتي من علانها  
نناقص النشاط الحركي) فينجم عن تضائل التنبه المحرّض للمحاجة أو  
إزالة التنبه الخارجي.

ومن خلال إدراك أن التعزيز الخارجي هو مصدر تضائل الدافع في  
كثير من مسائل التعلم وليس جميعها، علينا أن نعرف فيما إذا كانت هالك

أساط أخرى لتناقص الدافع في حالة نشاط وعمل، وذلك عند حدوث عملية التعلم، وفي غياب التمييز الخارجي كما هو الحال في العلم من لقاموس. ومن مالم أن تفاؤل الدافع يكون محل إشباع الحاجات ثم إن قوة العلم المعرفية تتزايد تزايداً طليعاً إذا ما صاحبها إثارا، وتناقص بالإدراك التروعي مثالاً على ذلك هو أن تعزيزاً كبيراً للعلم المعرفي يحدث عندما يتمكن الإدراك من إضعاف قوة المشوول ويشبعها (برلاين ١٩٦٠).

وهكذا نجد أن تفاؤل الدافع على المستوى السلوكي متلازم مع التعزيز، ولكن في الوقت نفسه يكون ذلك الدافع مروراً وعلى هذا عندما تشكل العادات المعرفية يسكن تقديم التعزيز، إما بالإثارات المنبهة للتفكير أو بإضعاف هذه الإثارات أو في الاثنين معاً. ومن مقرر أن أحدهما يعود إلى توقف النشاط الواعي في عصبونات الدافع حسب نظرية أولد (Old ١٩٧٥).

## ب - عدم التعلم (أو مسح التعلم)

دُرست مسألة مسح التعلم في سياق الأسلوب المسمى «الإطفاء التجريبي» Experimental Extinction. ففي هذه الظاهره نجد أنه عندما ينم إثارة الأسنجله المتعلمه مراراً وتكراراً بدون إثارة فإنها تضعف وتزول ويحدث هذا في عملية إضعاف العادة المشكله إضعافاً متقدماً نحت تأثير المسبه الذي يثير استجابة هذه العادة. ومثالاً على ذلك السلوك الذي يظهر في أحقاب قرع الجرس والمقرون بتقديم الطعام المعزز لهذا السلوك فهذه السلوك (لعاب الكلب) يضعف تدريجياً في الظهور، إذا ما توقفنا عن قرع صوت الجرس بالطعام (تجارب بافلوف)، وأيضاً سلوك النجب الذي يضعف إذا لم يُقرن ويمزج بالعادنة (المسبه) المسببه للإهداء،

التي تتبع عنها السلوك التجني.

إن الأدلة في الاستجابة الحركية يترتب عنه نتائج، وهذه النتائج هي إضعاف المادة المتفاعلة عندما يزول التعزيز.

وهناك ما يبرهن على وجود عمليتين منفصلتين في حادثة محور التعلم أو الإطفاء التجريبي. العملية الأولى هي حدوث التنبؤ المصاحب لأنها انشيط الأوتكاسية التي اقترحتها هال Hull (١٩٤٣)، ومثلاً على ذلك إطفاء العزات العصبية بواسطة الممارسة السلبية القائمة على تكرار أحداث العزات إرادياً مما يسبب التنبؤ. والعملية الثانية تتمثل في خلق استجابة مناعية مُراحمة للاستجابة المراد إضعافها. إن الأليين المذكورين سابقاً يمكن تطبيقهما لإطفاء الاستجابات الحركية عبر المتعمدة، والتي لها مكانة في الدراسات الخاصة بالإنشراط الأخرى Operant Conditioning.

من ناحية أخرى نجد أن الإطفاء الذي يظهر في البشر يقتضي من نتيجة إنذاره غير معززة للاستجابة اللفظية، ولكن يحدث هذا السبب. تعمل إنذاره استجابات لفظية أخرى، تدخلت فتأخضت الاستجابة السابقة. وهذا ما سميته التنبؤ المعاكس Reciprocal inhibition (أركنر ١٩٤٨)، وهذا هو الأساس لتأثيرات الإطفاء (أو المحو) الفعلة على خلق استجابة معاكسة أو إقاربتها لإزالة إنشراط التنبؤ (كما سبق ذلك).

دراسة السلوك عبر التعزوت في العلاج السلوكي غالباً ما تتمثل بدون الإثارة عبر المعززة لذلك السلوك غير المرغوب. ويصحب به جوزيف ربي Wolpe مثلاً عن حادثة عذبة تتل في أسوأ أحداث ن تسرق لمدة ١٨ عاماً أشياء تحتجته ومضطرة أن تدفع فيسبب. وقد عالجته بتخييل من هذه المدة الحركية (عدة حرفة) بواسطة طريقة مستعدة.

القلق، مستخدماً تقنية إزالة التحسس المنهجي.

أما بالنسبة إلى إزالة الاستجابات الصادرة عن الجملة العصبية، الإعاشية واللاإنكيفية ذات الإشراف الكلاسيكي، فسرى أن هناك وسائل أخرى من الشريط لتلك الاستجابات تكون القاعدة في إزالة هذا الإشراف. فشريط الاستجابة هو شرط ضروري لإضعاف العادة مثلما تعتبر الإثارة شرطاً أساسياً لخلق الإشراف في العادة.

### ٣ - البنية المعرفية (الفكرية) في سلوك الإنسان

إن إدراكنا الأشياء والمواقف في العالم الذي يحيط بنا هو الذي يحدد أفعال وسلوكياتنا. فالكيفية التي نردُّ بها على المواقف تختلف وفقاً للكيفية التي ندرك بها هذه المواقف. فالتفكير إذن أو البنية المعرفية هي المحددة للسلوك والانفعال. ومع ذلك فالتفكير يخضع إلى القوانين الميكانيكية نفسها الموجودة في السلوكيات، لذا فلا حاجة إلى وضع قانون لعالم النشاط مستقل عن العصبية التي تحكمها الآلة، وعلى هذا فلا فرق بين المعرفة والسلوك. فالحوادث المعرفية هي أيضاً سلوكية فالعلاج المعرفي هو أيضاً علاج سلوك، ولا حاجة للتفريق بينهما كما نجد اليوم بين ما يسمونه «المعالجين المعرفيين» و «المعالجين السلوكيين» ولا ينبغي أن نسي أن الإدراك هو أساس الأفكار والمعارف عند الإنسان فالإدراك ليس مجرد رؤية وإبصار فقط بل معرفة وفكر

### الفصائل النفسية وأسبابها

#### ١ - تعريف القلق ومعناه

سبق وهؤفا القصاب النفسي بأنه عادة متعلّمة لانكيفية مستمرة، يؤرنها عنصر القلق ونمير القلق مرادف «للخوف».

ويعرف جوريف وليي القلق «النموذج المميز لعصوية الفرد في استجاباته الصادره عن الجملة العصبية الإعاثية ردّاً على مه مؤدّ» (وليي ١٩٥٨) والقلق «كيان» متبدل يرتبط ارتباطاً صعباً بالحوادث الالبة، وهو مؤلف من عناصر معرفية، وحركية، وعصبية إعاثية. وهذا العريف يسمح بعمل الاستجابات التي تأتي ردّاً على منبهات مؤذّية، محتلة مر شخص إلى آخر، إلا أن هذا التعريف يؤكد على فردية استجابه الفرد أو الشخص المعين.

#### ٢ - كيف يتمّ تعلم الخوف؟

يبر تعريفنا للخوف بأنه استجابة لا إشرائية Unconditioned response إلا أن الفرد عادة لا يعي كثيراً أن الاستجابات الصادرة عن الجملة العصبية الإعاثية تنجم عن مه، أو إثارة مؤذّية، ذلك لأن خبرة الألم المترامة تظمن على المشدة الحسية

وهناك منبهات أخرى لا إشراطية تثير القلق مثل فقدان الدعم  
المماجيء (واطرس ١٩٧٠) والصراع (فوسرخ ١٩٥٦) ثم إن الأطفال  
يحاولون من الوجوه غير المألوفة عند بداية تمييزهم لهذه الوجوه عن  
أمهاتهم.

كما أن المنبهات الحيادية التي تترك تأثيرها على الفرد عندما  
يخاف، تصبح إشراطية في إثارة حورده؛ مثلاً إذا أصبح صوت الأم ذا  
لهجة ولحن معين أثناء انقراته بصفتها لابسها لأنه أقدم على فعل غير  
مرغوب فيه، فإن الخوف المثار بفعل الصفة يقترب بصوت الأم، ويصبح  
هذا الأخير إشراطياً يثير خوفه بمجرد سماعه. وهذا الإشراط يحدث بفعل  
أي تشبه قريب أو مجاور مثل الأصوات، والأشياء، والكميات،  
والأفكار، وأي شيء يُشاهد ويُسمع، ويُستشعر به، ويُدرك من قبل  
الشخص وبفعل الإشراط من الصف الثاني أو المتعدد يثير الخوف  
ويتنقل من منه إشراطي إلى آخر

ثم إن المنبهات Stimuli ليست على درجة متعادلة في  
الإشراط التحوّفي فقد بين لا ميلغمان (١٩٧١)، أن بعض المنبهات  
مثل الظلام والأشياء ذات القراء تكون جاهرة للارسط ماستجابات  
الخوف، رافترض أن سبب هذا الارتباط نشوئي نوعي (أي له علاقة بتطور  
تاريخ سلوك البشرية) استعدادي. وهنا يشير إلى أن المنبهات ذات  
الاستعداد تكون أكثر صعوبة نسبياً في الإطفاء من المنبهات التي ليس بها  
طابع استعدادي.

وعلى المستوى الإكلينيكي هناك ما يدعم افتراض أن الأماكن  
المظلمة، والحيوانات والحشرات، والظلام تعدّ منبهات جاهرة الارتباط

باستجابات الخوف، أكثر من السيوت، والورود، والعيوم إلا أن التفسير  
 البشري لا يحلوا من النقد ويصعب الأخذ به كمسلمات. وهناك تفسير  
 يرى أن لرهور والسيوت خلال مسيرة حياة البشر المعادية تكون مرتبطة  
 بالفرح والمتعة والأمان، لذلك فهي تمنح القلق ولا ترتبط به، وهذه  
 المعجزة لا نجدها في معظم مصادر القلق الأخرى. مفهوم الاستعداد  
 للخوف يتركنا في مشكلة تحديد الأساس الإرثي أو المكتسبي لهذا  
 الاستعداد

ثم إن معظم المخاوف اكتسابية، إلا ما لربط منها بالاستجابات  
 العصبية على مستوى المحركات؛ كخوف الرضيع أو الطفل الصغير من  
 الأصوات الحادة، أو الهبوط المفاجيء من مستوى معين

ومع نمو اللغة عند الطفل على التحذرات، والإشارات،  
 والتهديدات الكلامية تصبح بمثابة مبهات إشرطية كلاسيكية جديدة سر  
 في مساحة التعلم المعرفي. وما إن تكرر الاستجابات الإشرطية للمخوف  
 عند الطفل حتى نجد أن دوائر قاعدة المخاوف تمتد وتتسع لتكون على  
 مستوى الإشرط الكلاسيكي من الدرجة الثانية.

ثم إن المخاوف تكون معرفية وكلاسيكية. فالمعرفية هي الممكنة  
 من قبل المحيط كخوفنا من الأفاعي أو عاده طيب الإنسان، أما الكلاسيكية  
 الكلاسيكية فهي التي نخبرها ونعرض لها ميدانياً؛ كالخوف من ركوب  
 الحافلة بعد حادثة اصطدام، وخوف العسكري من القتال بسبب تعرضه  
 لأهوال الحرب.

### ٣ - أسباب المخاوف المرضية أو العصبية

هناك كثير من الجدل حول أسباب المخوف العصبية، منها

لا تترامس القائل أن هذا الخوف يختلف عن الخوف السوي والواقع أنه لا فرق بين الخوف السوي والخوف العُصابي، ذلك أن المخاوف السوية تظهر استناداً لمبادئ الإشرائط الكلاسيكي، وهي اكتسابية معدومانية معرفية، والشئ نفسه نجده في المخاوف العُصابية. والذي يميز المخاوف لمرضية عن السوية هو طبيعة الموقف العنبر الذي يحدث فيه الإشرائط. فإذا كان الموقف (أو العنبر) مصدر خطر كان الحوف سوياً تكيفياً، وإذا لم يكن كذلك كان عُصابياً

#### أ - المخاوف العُصابية ذات الإشرائط الكلاسيكي.

تصدر هذه المخاوف عن حادثة وحيدة مفردة (تعلم في تجربة واحدة) ومثالاً على ذلك: عُصاب القتال. فالعسكري الذي شهد مذبحة محيعة دارت حوله، يُصاب بقلق إشرطي بفعل المنهات المحممة التي أحاطت به. وإذا صدف أن ظهر موقفٌ سيي مثل صوت مدفع رشاش أو شيء يماثله في الصوت، فإن هذا العنبر يحدث عنه استجابة قلق بفعل الإشرائط.

وينطبق الأمر نفسه بالسة إلى التعرض لعصف الطائرات الشديدة، إذ مجرد ما يرى العسكري أي طائرة حتى لو كانت مسالمة، يُصاب بالرعب الشديد.

فالقلق هنا لورثكلي كالي إشرطي والأمثلة على الإشرائط التحوفي كثيرة لا تحصى.

#### ب - المخاوف العُصابية التي تعود إلى أسباب معرفية

إن كثيراً من مخاوفنا المادية غير المرضية، والمرتبطة بتهددات حقيقية واقعية، تستند على أوعية فكرية (معرفية). وينشأ اكتسابها من قبل



المحيط، مثلنا على ذلك الخوف من عيادة الأسنان، ورغم أننا لم نتعرض إلى آلام حمر الأسنان، نجد أن بعضنا يخاف من العيادة السنية، نتيجة ما يسمعه من المحيط عن الألم الشديد من حمر الأسنان. والخوف هنا معرفي، ويصل إلى حد الخوف العصبي (الخوف الإيجابي الاكتسابي)

كما أن المعلومات المقلوبة تسبب المخاوف أيضاً، مثلنا على ذلك الشاب الذي يعتقد أن الاستمناء (العادة السرية) يؤدي للصحة السيئة والبدنية. وهناك المخوف الذي يعود سببه إلى الاستنتاج الخاطيء وليس المعلومات الخاطئة، مثلنا على ذلك الشخص الذي يحمى بشعر غير عادية يستدل منها على أن شخصيته مصابة بالفصام. وهناك الكثير من المخاوف الوحشية من هذا القبيل

#### ٤ - تدرج المخاوف ذات الإشراف الكلاسيكي والمعرفي

من الدراسات المسحية التي أجراها الدكتور جوريف ولي وفقاً للحالات التي عالجها، اتضح له أن المخاوف الإشرافية الكلاسيكية أكثر من المخاوف العصبية المعرفية.

#### ١ - عوامل الاستعداد المسبق Predisposing factors

أوضحت الدراسات أنه عندما يتعرض عدد من الأفراد إلى المسهات نفسها المولدة للمخاوف والقلق، فإن بعض هؤلاء الأفراد يظهرون استجابات خوف عصبية وليس جميعهم. وهذا يعني وجود فروق فردية في الاستعداد للإصابة بمُصاب الخوف.

وأوسع دراسة مسحية في هذا المجال أجراها العلامة سيموند (١٩٤٣)، وقد تناولت ٢٠٠٠ حالة مُصاب حرب في سلاح الجو الملكي البريطاني خلال الحرب العالمية الثانية. واكتشف في هذه الدراسة حالة

تور نفسي عند هؤلاء بنبة ٧٩٩/ منهم. واكتشف أيضاً وجود علاه نادلة بين مستوى التعرض للتوتر النفسي المبرج لظهور العصاب النفسي، ودرجة الاستعداد الذي يأخذ صورة الحساسية الانفعالية لبقة الوجود. فالفرد الذي يكون على درجة عالية من التحس الانفعالي هو أكثر عُرضة للإصابة بالقلق الشديد في ظروف معينة، من فرد آخر من الطبع البطني (بارد). ثم إن الإشراف السابق التحوي يربد الحساسية نحو مواقف أخرى باعة على التوتر والحرف. فالفرد الذي يعاني من قلق إشرافي هو أكثر تحساً من غيره ممن لا يحمل هذا القلق إراء موقف مثيرة للقلق

كذلك فإن المواقف التي تحيط بها عوامل الدعم الاجتماعي تكون أقل إثارة للقلق من مواقف محرومة من هذا الدعم. فالأطفال الذين يتعرصون إلى عاوات القصف الحوي بصحة ذويهم يشعرون قلق أقل مما لو كانوا محرومين من هذا الدعم

ومثلك مخاوف صادرة عن نقص المعلومات تكون أكثر شدة من المخاوف التي منها التحنات الأصلية. فالفرد الذي يتعرض لموقف مثير للحرف يصاب باضطرابات مصدرها الجملة العسية الإعاشية (الحس بالدوار، والعشي، وتروع ضربات القلب) وهذه الاضطرابات الإعاشية المصدر تحدث عنه منبهات تحوفية كارثة أكثر شدة من الخوف الأصلي (نوبة الجرع) بسبب المعلومات المعلوطة في تفسيره لهذه الاضطرابات البدنية (الخوف من الموت المفاجيء أو الجنون وفقدان السيطرة على الذات).

ثم إن للعوامل الفيزيولوجية دورها عند بعض الأفراد في إكسابهم الاستعداد المسبق للإشراف العصابي، فالتعب، والعماجات (الالتهابات

الكثيرات (أو الفيروسية)، وبعض الأدوية هي أمثلة على ذلك

لقد رأينا أن الضباب عادة مكتبة متعلمة عند حيوان التجربة والإنسان، وأن قوانين التعلم هي المحدثة للضباب والشامة مع وإذا كانت الضبابات التجريبية قابلة للتعلم فلا بد أن توافر فيها الصفات المشتركة التالية التي تشترك مع السلوكيات الأخرى المتعلمة.

أ - يجب أن يكون السلوك الضبابي متماثلاً تماماً مع السلوك المُثار في الموقف المحرض على ظهور ذلك السلوك

ب - يجب أن تكون الاستجابات للضبابية تحت سيطرة المنبهات الموجودة في الموقف المحرض على ظهور تلك الاستجابات أي بنمير آخر يجب أن تظهر الاستجابات عندما تقع على المضربة المنبهات ذاتها أو ما يماثلها.

ج - يجب أن تكون الاستجابات للضبابية في ذروة شدتها وقوتها، عندما تكون العضوية متعرضة لمنبهات تماثل تلك التي كان فيها السلوك منعرصاً للإشراط الأصلي. وتتضاءل تلك الاستجابات للضبابية في الشدة وذلك طبقاً لمبدأ تعميم المنه الأول أو الأصلي

والصفتان المذكورتان أعلاه نجدتهما في جميع الصفات التجريبية أما الصفات الثلاث جميعها فقد وجدها العلامة ولي في الصفات التجريبية التي خلقها عند اللقطة عندما عرضها للصدمة الكهربائية (ولي ١٩٥٨). فقد أثارت الصدمات الكهربائية عند الحيوانات أنواعاً مختلفة من الاستجابات الحركية، العصبية الإحاشية، تولد بؤبؤ العين، انقباض الشعر، والتنفس السريع.

وهذه السمات الثلاث للسلوك الضبابي التي ذكرناها نجددها في الضبابات التي تصيب الإنسان، فاستجابة القلق التي مرادها في ضبابات

الحرب هي مثالنا على ذلك. كما أن جميع المخاوف ذات الإشراف الكلاسيكي فيها تعميم للمخبة الأولى تقريباً؛ إذ نرى على سبيل المثال أن خوفاً من التمرنعات يتزايد باطراد مع تزايد الارتجاع كما أن رهاب الأماكن المغلقة يتبدل في علاقة معكوسة بالنسبة إلى الخير المتواهر؛ وبعلامة مباشرة مع اتساع المكان المحصور وامتداده، فيزداد الخوف كلما ضاق المكان.

ثم إن التشابه بين عُصابات الإنسان والحيوان يكمن في مقاومتها لإطعام سلوك الخوف سواء أتمرض الحيوان والإنسان إلى المواقف الشيرة للقلق أم لم يتمرضاً. فالقطة المُصابية تُظهر درجة من القلق غير المتصائل في قفص التجربة لمدة ساعات وربما لأيام، ولو أهدأها عن ذلك القفص عدة شهور أو أسابيع. والفرد الذي يحاف ركوب الطائرة لا تتحسن حاله ويرون حرقه سواء ابتعد عن ركوب الطائرة لبعثاداً تاماً أم لم يعمل

إن الفرق الرئيسي بين المُصاب التجريبي والمُصاب السريري الإكلينيكي هو أن الأول يُثار فيه الخوف الأصلي بمسبب غير إشراطي، مثل الصدمات الكهربائية، أما في حالة المُصاب السريري فيكون المسبب إشراطاً مثل الخوف الشديد من الخطر. فالمُصابات السويرية تصدر عن إشراط من الدرجة الثانية. فهل يُسجُ التوتر النفسي تبدلات وتغيرات دائمة في الخلايا العصبية؟

رأينا أن العُصابات التجريبية والإكلينيكية هي إلى حد كبير ظواهر سلوكية مُتعلمة، والمُشكلات والقلق في هذه العُصابات تحدث تبدلات في وظائف أجهزة البدن (اضطرابات هضمية ودورانية وتنفسية الخ...).

وهناك افتراض ذو دلالات قوية فحواه أن الاضطراب في العملية البدنية الذي تحدثه الحملة العصبية الإحاشية بفعل نسيجات القلق المستمرة

والمومة يؤدي إلى حثل في الوظيفة الخلوية، ويترتب على هذا الحثل حدوث مرض أو آفة عضوية (من الاضطراب النفسي إلى الآفة العصبية) ومن هنا ندعم آلية الأمراض السيكوسوماتية مثل الربو، والصداع التوترى، والاضطرابات الهضمية المتفرجة وما يشبه ذلك. ويرى جنزبرغ (١٩٨١) أن عبء الحمل على الخلايا العصبية يتيح نوعاً من الأمراض الفيزيولوجية.



### آليات إزالة عصاب الإشرائط الكلاسيكي

#### ١ - مقاومة السلوك العصبي لعملية الإطفاء

رأينا أن السلوك العصبي عند حيوانات التجربة، وحتى عند الإنسان يُصنف بسمة الاستمرارية إلى أن يتم إطفاءه بالملاح. والسلوك العصبي اللاتكفي نعت جميع الظروف لا يروى إلا بفعل إثارته بالتعرض للمنبهات التي أحدثته، ومعاكسة هذه المنبهات باستجابات مناهضة ومُصادة في الطبيعة

وها علينا دوماً أن نبحث عن المنبه المثير للاستجابة الإشرائية اللاتكيفية بعية إضعاف أو إطفاء هذه الاستجابة، ودون العثور على المنبه المثير لتلك الاستجابة لا يمكن إطفاء هذه الأخيرة، وهذا ما وراء لاحقاً في عملية تحليل السلوك خلال المقابلة الإكلينيكية والاطلاع على القصة المرضية

إلا أن ما يلفت النظر أن عمليات الإطفاء كانت رديئة المعالية في التاريخ المعادي للاستجابات العُصائية.

ولاحظ ولبي في تجاربه على الحيوانات في خلق العُصابات الكلاسيكية الإشرائية التجريبية أن مقاومة هذه العُصابات للإطفاء تنحصر

تقريباً في الاستجابات الصادرة عن الحملة العصبية الإعاشية ما فيما يحصلُ الاستجابات الحركية مثل لجوء الحيوان إلى حريشة حواس القدمين، فإن عملية إعطاء النشاط الحركي تقلدو سهله

ونحن بحاجة إلى معرفة نوع الظروف التي تناهض فيها الاستجابات الأخرى القلبي مناهضة ناجحة، وهذا ما يدفعنا إلى معرفة لعادة تعمل المناهضة الفعالة العادية في السيطرة على الاستجابات العُصابية، فمثل هذا السؤال يجعلنا نعاين الظروف التي تكون فيها مناهضة القلق مضمومة النجاح تقريباً، ونقصد بذلك علاج المُصابات التجريبية.

## ٢ - علاج المُصابات التجريبية

يمكن إصعاف استجابة القلق عند حيوانات التجربة بواسطة خلق استجابات مصعفة معاكسة (وعادة تكون هذه الاستجابة العاكسة المصعفة - الطعام).

وقد تمكّن ولبي من إزالة العُصاب التجريبي عند القطة، كما سبق وذكرنا، باستخدام الطعام كاستجابة معاكسة لهذا العُصاب. إذ حوِّع قطّة لمدة ٢٤ ساعة، وأخذ فيما بعد يقدم لها الطعام بترتيب تارلي في غرفة لتجربة المشيرة للقلق حتى أصبح القلق المعمم في غرفة التجربة منحصراً إلى مستوى لا يمنع الحيوان من أكل الطعام تماماً، على عرار علاج العُصاب عند الطفل المراهوب الذي عالجه ماري جونس.

ولاحظ ولبي أن الطعام الذي كان يقدم للقطة باليد وهي في غرفة التجربة أضحي مقترناً بالطعام، وشيراً إشراطياً في استجابة الافتراب نحو الطعام. وعلى هذا تمّ وضع المفط المصابة بالعُصاب في قفص التجربة وأدني الطعام من فيها، وكان ذلك الطعام موضوعاً على صحيفة لها قبضة



ممسوكة بالد. وكانت القطة تردد في يادى الأمر في تناول الطعام، وأحياناً نحجم عن ذلك، وبعد تقديم الطعام لها عدة مرات أكلت من الصميجة، وفيما بعد أخذت تأتهم الطعام الموجود على أرضية القفص الصحرة بسرعة. ويتزايد عدد القطع التي كانت تأكلها داخل القفص، أصبحت كل قطرة تأكل بحرية أكثر، وتتحرك داخل القفص طليقة بلا قيد، مبرة عن تضالو القلق. وهكذا أسكن إطفاء جميع المنبهات الإشرافية داخل القفص عند القطة فتحررت من العصاب

لماذا يستمر القلق العصبي؟

إن هذا يصي مقاومة القلق ضد الإطفاء. والتجارب التي ذكرناها يثبت لنا أنه عندما يكون القلق ضعيفاً لدرجة تسمح للحيوان أن يأكل بوجود منه منبر القلق، حينئذ يصبح القلق ضعيفاً تدريجياً. وبالعكس إذا كان القلق شديداً لدرجة تثبط الحيوان عن الطعام، فلا فائدة من تدبيل سلوكه القلق تحت ظروف معينة، بحيث يصح القلق متشراً نحو مصبات جديدة. ويتعبير آخر إن القلق للعصبي الشديد من شأنه تثبط إثارة أي استجابة مناهضة للقلق ومعاكسة له. إن هذه النتيجة ذات تطبيقات مهمة في أسلوب إطفاء المصبات عند الإنسان. فالقلق الضعيف الشدة يمكن تثبطه باستجابات معاكسة ذات قوة منخفضة نسبياً

وفي تجربة أجراها بركون (١٩٧٥) كانت الجرذان القلقة قلقاً حقيقياً في مجرر صيق، تتخلص من قلقها بعد ركضها ركضاً متكرراً في المجاز نفسه (الاستجابة الحركية هنا مناهضة للقلق) وحتى من دون تعزيز بالطعام. فمظم الاستجابات الانمالية الإشرافية المناهضة للقلق الخفيف الشدة، والمثار محبرياً، قابلة للإطفاء (بلاك ١٩٥٨) وبالطريقة نفسها يجب أن المصبات عند الإنسان التي تكون ضعيفة الشدة نسبياً

(وعالياً ما سجدها تَلْأَشَى عند الأطفال)، من تلقاء ذاتها: والسبب في ذلك أن إثارات الخوف للضعيفة تمّ تبيطها بالاستجابات الانفعالية في الحياة اليومية

### التبيط المعاكس كآلية لإزالة القلق

عرفنا وفق تجارب وليمي أن الإثارات القوية للقلق تكون مصحوبة بالكفّ عن الطعام عند القطط، وأن الحيوان يستعيد قابليته للطعام عندما يكون القلق ضعيفاً نسبياً، كما أن تكرار الأكل يتمخض عنه تناقص مظاهر القلق. فالعلاقة التبيطية المعاكسة بين الاستجابتين مراهها واضحة. من هذا يتضح أن التبيطات الفردية للقلق في كل واحدة منها، يتأني سها إحرء به تبيط دائم، أي التبيط الإشراطي.

وقد أدى نجاح عملية تبيط القلق عند الحيوان بوساطة الطعام إلى التعميش عن وسيلة تبدو متعائلة عد الكائنات الإنسانية. فالطعام بدا وسيلة فعالة عند الأطفال الصغار في تبيط القلق كما بينت ذلك ماري حونس في علاجها للأطفال المرهوين، إلا أن هذه الوسيلة لا تندو مناسبة عد الكبار. ثم هناك الاستجابات الانفعالية التي تحدث في الحياة اليومية (كالمصّب مثلاً)، والتي تُعطينا التضرير العقلاني لحالات كثيرة تمّ الشماء بها من المعارف اللاتكيفية خاصة عد الأطفال (ماكفرلاند وهونزك ١٩٥٤).

ويطلعنا شيرينغتون (١٩٠٦)، وهو أول برهان على ذلك، كيف أن إثارة منعكس لمجموعة عضلية يرافقه تبيط لمجموعة عضلية معاكسة للأولى. ومنذ ذلك الاكتشاف ثبّن أن التخصيب المعاكس Reciprocal innervation هو نشاط قائم في جميع مشروبات الوظيفة العصبية.

وفي الميدان العلاجي نجد أن مجال التثبيط المعاكس لا يقتصر فقط على عادات استجابات القلق، ولكن على العادات المعرفية اللاتكيفية أيضاً وقد وصف لنا «لوريت» (١٨٤٦) في علاجه للبائع الذي عانى من عصاب وسواسي شلّه عن العمل، كيف أنه طلب إليه أن يقرأ ويحفظ منظومات شعرية كل يوم لقاء مكافأة تتضمن وجبات فاخرة من الطعام في المستشفى وبعد علاج من هذا القبيل دام ثلاثة أسابيع، انحصرت الأفكار الوسواسية بسبة ٩٠٪. (التثبيط المعاكس للوسواس المعرفية يحفظ الأشعار والانشغال بها). كما أن الأساس في التثبيط الإشرطي للعادات الوسواسية الجبرية هو العلاج التكريري المتكرر Aversive Therapy (سرى ذلك فيما بعد) فإعطاء صدمة كهربائية مؤلمة طارئة (نسبة إلى العاراد وهو وحدة السعة الكهربائية) من شأنه تثبيط السلوك غير المرغوب فيه

ثم إن عملية استبدال عادة حركية غير مرغوب فيها بأخرى هي عملية أكثر فعالية، لأن إثارة الاستجابة الحركية الجديدة تثبط للعادة الأولى القديمة، مثلاً على ذلك سلوك تأكيد الذات والتعبير عن المشاعر السلبية

وقد اتضح من خلال التجارب على الحيوانات الذي يُعرض إلى صدمة كهربائية مستمرة، ويوقف توجيه الصدمة إليه عندما يقف في الهواء، فإن هذه الاستجابة الحركية تُضعف عند الحيوانات الاستجابة التخوفية من المنبه الذي يتعرض له

ولهذه التجربة تطبيقات علاجية إكلينيكية عند الإنسان إذ يطلب من المريض أن يتخيل الموقف الذي يخيمه أو يفلقه (إثارة قلقية خفيفة) ثم

موجه إلى ساعده (اليد) صدمة فرائية كهربائية خفيفة، ولا توقف الصدمة الكهربائية إلا عندما يتتي ساعده بقوة. ففي علاج ناجح لحالة رهاب ساح شديد القوة كانت هناك حاجة إلى ثني الساعد بمعدل ٢٠ صدمة كهربائية (٢٠ مرة ثني الساعد) من أجل إضعاف استجابة قلق هذا الرهاب، حتى تصل شدة الاضطراب إلى الرقم صفر (روال المخوف تحليلاً) على سلم مواقف شذات المخوف الهرمية المتدرجة. وبصورة مماثلة يمكن إضعاف قلق المخوف العام Free Floating anxiety.

إن الآلية المعسرة لهذا التبدل في استجابة القلق من خلال توجب الصدمات الخارجية هي التنشيط الإشرافي القائم على التنشيط الخارجي، وإذا صح هذا الافتراض فإن المنبهات الصادرة عن الوسائل العلاجية الأخرى يجب أن تكون قابلة للاستعمال بهذه الطريقة، من أجل تحقيق الأعراض العلاجية. فالقيمة الخاصة للإثارة الكهربائية تكمن في سهولة استخدامها وهي السيطرة على مدتها وقوتها.

### التنشيط الإشرافي القائم على التنشيط ما وراء الحدّي

إذا ما معرض حيواناً ما إلى منه إشرافي بشدات متزايدة، نجد أن شدة الاستجابة تتزايد إلى الحدّ الذي تصل فيه إلى الخط المقارب، أي تبقى هذه الشدة في مستوى الذروة، بصرف النظر عن مقدار قوة المنبه وعندما تصل الاستجابة إلى ذروتها العظمى في القوة تصبح إثارتها عكسية، فتأخذ بالتضاؤل والضعف في الشدة ويبدأ ويبدأ عندما تتزايد شدة المنبه وقد سمي بأفلوف (١٩٢٧) هذا النوع من التنشيط للاستجابة بالتنشيط ما وراء الحدّي Transmarginal. وبعبارة أخرى: عندما يتم تجاوز عتبة التنشيط ما وراء الحدّي فإن قوة الاستجابة تتعامل تعسلاً شديداً عندما تستمر الزيادة في قوة المنبه.

إن لهذه الظاهرة تطبيقات علاجية إكلينيكية مهمة في تقيده سببها الإغراق Flooding، أي في تعريض المريض وبدون تدرج إلى الموقف المثير للقلق الشديد، ولمدة طويلة نسبياً، فنرى حالات تضائل في القلق، وهذا ما سنشرحه في فصل لاحق.

ونشير هنا إلى ناحية مهمة هي أن تناقص القلق يمكن أن يتبع بعمل تعريض المريض تعرضاً مديداً إلى المنبه المثير للقلق القوي نسبياً، وهذا ما نجده في عملية الإغراق Flooding. إلا أن إضعاف استجابات القلق لا يكون دوماً نتيجة التعرض للمنه الإشرطي وحده، وهذا لا يحدث أبداً في عصابات المحبر، وكذلك لا يحدث غالباً في العضابات البشرية، إذ لا بد من وجود عامل آخر في إضعاف المنبه المثير للقلق؛ وهو التمرؤ كما نشر ذلك لادر (1968). فالتمرؤ بنظر لادر هو إضعاف الاستجابة السالبة عن منه، وذلك عندما يتم التعريض للمنه تعرضاً متكرراً

إلا أن إيفانس يرى تقيض ما يراه لادر (1973) ففي التمرؤ تخففي الاستجابة تارة وتعمد، ثم تعود إلى الظهور ثانية بعد راحة أو معمل تدل المنبه (سوكولون 1964). ولعل الموقف يتضح أكثر إذا قلنا بالافتراض القائل أن تناقص القلق يكون بعمل التثبيط المعاكس وليس بحكم التمرؤ.

وهناك ماركس الطبيب النفسي الشهير (1981) الذي يرى أن التعرض للمنه المثير للقلق هو أساس العلاج، لأنه يفرد إلى تمرؤ المريض عليه، ولكن بطريقة لم يعرها ماركس.

وبالطبع نحن لا ننكر أنه لا بد لنا، لإزالة الإشرط الكلاسيكي، من تعريض المريض إلى المنبه المسبب للاستجابة الإشرطية، ولكن التعريض وحده، أو بالأحرى جميع أنواع التعريض ليس علاجياً، ذلك أن

المرضى بسبب في بعض الأحيان زيادة القلق بدلاً من إصعاقه

أما باندورا (١٩٧٧) فيرى أن إزالة العُصاب القلبي لا تكون، بعض إصعاب انطلق بصورة مباشرة (أي التثبيط المعاكس)، ولكن بفعل توسط الفعالية الذاتية Self - efficacy .

إن هذا الافتراض صحيح بالنسبة إلى المخاوف المخففة القوة؛ مثل الخوف من الكلام أمام الناس إلا أن باندورا يعمم نظريته على جميع المخاوف الكلامية، وهذا ما لا يمكن قبوله لأنه يلقي جميع المعطيات التحريية والتحريرية لأسباب المخاوف وأصولها إذ كيف بإمكان الفعالية الذاتية أن تكون لها علاقة بالخوف الذي يثيره رباط مجلل بالدم، أو الخوف من طائر ميت في إماء زجاجي، أو خوف مريض من تسرع قلبه؟ فالعامل مع هذه المخاوف لا يسجم مع الواقع، ولا يرتبط بنظرية باندورا

#### اضطراب الجزع Panic disorder

إن جميع الأبحاث التي تناولت اضطرابات الجزع (نوبات الجرع) تفرص أن أسبابها تعود إلى عامل واحد. وعلى صعيد الواقع، إن نوبات الجرع تصمين الأول النوبات البدنية، والثاني النوبات الراجعة الناكسة Recurrent التي تتضمن بفتحها اضطراب الجزع فالنوبات الأولية أو البدنية ذات أساس بيولوجي أو نفسي، أما معظم النوبات الراجعة الراجعة الناكسة فهي إشراطية كلاسيكية وهناك بعض الاستثناءات يكون فيها سب معظم النوبات الناكسة تكرار الحوادث البيولوجية التي سببت نوبات الجزع الأولى (كداء مثير كما سرى فيما بعد)

يُعرف الجزع كما جاء في كتاب DSM - IV بالتالي .

يُتصف اضطراب الجزع بكونه اضطراباً واحداً، وتحدث نوباته في

أوقات غير متوقعة، ويصعب التنبؤ بأوقات حدوثها. وتتضمن نوبة الجرع عادة الشعور بقرب حدوث شر مستطير شديد، وخوفاً وانزعاجاً مفاجئاً بدون سبب ظاهر محدد.

ونوبات الجرع تختلف عن ارتكاسات القلق المحددة التي تثيرها منبهات معينة؛ كالخوف من الظلام أو الحيوانات الخ. . كما أنها تختلف عن القلق المعمم Generalized anxiety، فالأولى اشتدادية Paroxysmal، بينما يكون القلق المعمم حاضراً مستمراً لأشهر أو سنين، مثلهذاً في الشدة.

وهناك تفسير للجرع بأنه من نتائج فرط الأدرينالين المرتبط بشكل ما باضطراب مرضي، في استقلاب اللاكتات Lactate (اللسات - مشتقة من اللب -)، والذي يؤثر بدوره على الحملة العصبية المركزية (شيهان ١٩٨٢) وطبقاً لذلك يستند علاج نوبات الجرع على الأدوية المصادرة للاكتئاب الثلاثية الحلقة، أو مثبطات أحادي أمين الأكسيداز MAOI، ولكن هذا الافتراض غير مدعّم بالبراهين، رغم أن العلاج النفساني لاضطراب الجرع ما زال يعتمد على تلك الأدوية. فالدواء المختار في علاج هذا الاضطراب هو الأمبرامين أو كلوميبرامين. والمشكلة في العلاج الدوائي من هذا المصنف أن المريض تعاوده نوبات الجرع عندما يتوقف عن تعاطي الأمبرامين مدة ٨٦/ خلال ثلاثة شهور من التوقف عن تعاطيه (شيهان ١٩٨٢) والتعصير بسيط لهذه الظاهرة؛ عدواء الأمبرامين أو غيره له صفة تخفيف الأعراض، وهو على غرار الأسبرين يحمس الحرارة ولكنه لا يسيطر على أسباب ارتفاع الحرارة.

وهناك عوامل تميل في ظهور هجمة الجرع الأولى، وهي عوامل عضوية ونفسية

## ١ - الأسباب العضوية:

أ- ويحصرها بالتالي: الأمفيتامينات، الحشيش ومشتقاته، الكوكايين، والمستحضر LSD (المهلوس) هذه المواد كلها تولّد القلق، وتعيّل أحياناً في ظهور نوبة الجزع (هوفمان ١٩٦٣) ثم إن لقلق الذي يتبعه ليس إلى مستوى الجزع يظهر في أعقاب التخلص المفاجيء من بعض الأدوية والعقاقير، مثل الكحول، ومضادات الاكتئاب والبريتوريات، والبنزوديازيبات. علينا ألا نغفل أيضاً بعض لمونات الصدمة المحددة لنوبات الجرع.

ب- الاضطرابات العلية: انخفاض سكر الدم، فرط نشاط الدرق، ورم الكظر الذي يحدث فرط تصنيع الكاتيكولايت (الأدرالين)، صرع الفص الصدغي، تدلي صمام القلب الناحي (أحياناً)، ولا يوجد هناك برهان قاطع بالنسبة إلى العلة الأخيرة. إن هذا ممرض عييه أن تنفي العامل العضوي في نوبات الجزع قبل التمكن من أي علاج سيكولوجي للجرع.

جـ- الأمراض العضوية: مثل متلازمة منيير Meniere (وهو اضطراب بأحد صورة نوبات دوّار دهليزية المنشأ - في الأذن الوسطى -) وتسوّع القلب الاستنادي Paroxysmal tachycardia وحما الاضطراب الشائع اللذان يحدثان نوبات الجرع ذات المنشأ العصوي.

وهذه الأمراض المحددة لنوبات الجرع الإشرافية فيها بعد، يمكن السيطرة عليها من خلال تصحيح تفسيرات المريض لها، رطمانته بأنها ليست خطيرة.

فالمريض المصاب بداء ميير إذا ما تعرض لنوبة الدوار وهو يسير



في الشارع فإن المنبهات المجاورة القرية تصح إشاراتية، مثيرة للقلق، وتصبح في المستقبل الأساس لرهاب الساح، فيخاف من الخروج إلى الساحات العامة، وقل الشيء نفسه عن تسرع القلب فسرع القلب الاشتدادي يتميز إكلينيكياً بسرعة معدل ضربات القلب لتصل أحياناً إلى ٢٥٠ ضربة في الدقيقة، إضافة إلى حدوث سلسلة مستمرة من الصربات القلبية الهاجرة Ectopic beats تقوم عدة ثواني أو ساعات. فالمرضى الذي يمرض لهذه النبوة التسريعية القلبية يتابه خوف شديد يصل إلى حد الخزع من أن يتوقف قلبه ويموت. والحواف بصاحبه أحياناً إشارات بالمنبهات المجاورة تثير عنده فيما بعد استجابات الحواف. ولتوضيح ذلك أمثل بالحالة التالية التي هي من مشاهداتي الإكلينيكية [محمد حجار]

مرضى يعمل محاسباً في إحدى المؤسسات الخاصة، يسا كان محرطاً في عمله شعر بإحساس غريب في صدره، صاحبه تسرع في ضربات القلب. على الفور تولدت إلى ذهنه أفكار كارثية معاده أن قلبه قد يتوقف، وسرعان ما تصاعد القلق ووصل إلى مستوى الجرع. وهي تلك اللحظة وقع نظره على أشعة الشمس، وهي تغد بالمعانها إلى داخل غرفته. ومد ذلك الوقت أصحى أسير القلق اللاتكئفي الصادر عن مانع محتامة متعددة فتارة يصيبه القلق من جراء اشتداد موبة ضربات القلب المتسريعة، وتارة أخرى يثار خووه عند رؤيته لأشعة الشمس المعترنة سابقاً بتسرع قلبه، وجرعه الكبير من أن يموت (كان ينحاشى البر في الشوارع التي تيرها أشعة الشمس).

وهذا يعني أن خوفه يندرج ضمن المحاوف المعرفية الهاجمة من تفسيره الخاطيء لتهددات اضطرابات قلبه لذا فإن علاج مثل هذه

الحالات الحرجية يكمن في تنقيف المريض وطمأنته بأن ضربات قلبه حميدة وليس فيها أي تهديد أو خطر على حياته. وينطلي الأمر بمعه على المريض بداء مثير، وكذلك جميع الاضطرابات العضوية المثيرة للجزع، والساجمة عن سوء تأويل المريض لتأنيج هذه الاضطرابات.

## ٢ - الأسباب النفسية لنوبة الجزع الأولى.

يكون مصدر النوبة الأولى، في معظم حالات الجزع، ناتجاً عن حوادث نفسية بعثة. وثاني النوبة نتيجة تماظم القلق وارتفاع وتيرته وحدته وطول مدته، ويكون تركيب المريض ميالاً للقلق، مغرط الحساسية بفعل نمؤفه للتوترات والشدات؛ مثل قيادة السيارة على طريق دولي ليلاً.

ونحدث نوبة الجزع عادة في أي موقف باعث على القلق والتوتر عند أمثال هؤلاء الأشخاص، أي الذين لديهم مخزون كبير من القلق، كالأفراد الذين يتعرضون إلى توترات مهنية وأسرية، وضواغط زوجية، وصانقات اقتصادية مقلقة، أو للتكالت في الوفيات. وانصح أن ٨٤/ من الأفراد الذين يعانون من دهاب الساع ونوبات الجزع سبق لهم أن تعرضوا لصراعات زوجية حادة في السنة التي سبقت إصابتهم بنوبات لجزع.

## الدور السبي لغرط التهوية الرئوية

عندما يتصاعد القلق في موقف باعث على الخوف يحدث عند بعض الأفراد تزايد في سرعة التنفس، بفعل غرط التنبيه للحملة العصبية الودبة، مما يؤدي إلى حدوث ما سببه في الطب غرط التهوية الرئوية Hyperventilation وينتسب عن هذه الحالة النشطة من غرط التهوية

الرئوية حدوث اضطرابات فيزيولوجية مرافقة تأخذ صورة، الأعراض التالية: صيق النفس، الدوار، الشعور بالخدر الحسي في الأطراف، تسرع ضربات القلب، ورجفان. إن هذه الأعراض دلتها بعد مسببات جديدة تصبح إشراعية بعد التعرض للنتوية الأولى، ويصرها المريض على أساس أعراض منكرة، مهددة لحياته.

وثاني نوبة الجرع في أعقاب بدء إحساس الشخص بالأعراض البدنية الأنفة الذكر (بارلو ١٩٨٦). وليس من الضروري أن يشعر المريض بجميع هذه الأعراض، فأحياناً يشعر بالدوار فقط، وبافتراق فقدان الوعي، أو بضيق النفس والشعور بالاختناق، أو تسرع القلب، أو بالحنر الحسي.

وبعد بدء هذه الأعراض والخوف منها، تأتي نوبة الجرع رداً على الخوف من الموت توقف القلب، أو بفقدان الوعي والمجنون، ثم يليها الأفكار الكارثية المتمثلة بالتحدث مع الذات السلبية. فالأحداث الداتية الكارثة لس هي التي تولد نوبة الجرع، ولكن الجرع بذاته هو الذي يولد الأفكار الكارثية التي ذكرناها. ويمكنها أن توضح نوبة الجرع بالشكل التالي.

## آلية نوبة الجزع



نبدأ ثلاث طرائق رئيسية لعلاج نوبة الجرع:

١ - الطريقة الأولى - تتمثل في مع تزايد القلق ليهل إلى أعراض فرط التهوية الرئوية التي تؤدي إلى حدوث الأعراض البدنية التي ذكرناها ويكون ذلك بأن تعلم المريض للتنفس من أنفه وإغلاق فمه عند بدء شعوره بالأعراض البدنية، وذلك في محاولة لإجهاد حدوث الأعراض البدنية لمولدة لنوبة الجرع. وهذه التقنية تكون قد افترضنا على إجهاد نوبة الجرع من غير أن يميل القلق المولد لتساعد الأعراض. فالمعالجة بهذه الطريقة تعتمد على تفادي حدوث أعراض فرط التهوية وإجهاد نوبة الجرع

٢ الطريقة الثانية: هي باستخدام نوبة فرط التهوية الرئوية (التعريض للحمى المريح للمولدة لنوبة الجرع) وذلك أن يطلب من المريض أن يتنفس بسرعة ولمدة ٩٠ ثانية حين شعوره بقرب حدوث فرط التهوية وبأعراض الاضطراب البدني، ويكون عليه أن يعلق فمه ويتنفس من أنفه. وبهذا التعريض، وبالميطرة على تزايد فرط التهوية (الإحساسات التي تسبق نوبة الجرع) وإجهاد النوبة بإغلاق فمه والتنفس من أنفه، يكون قد علمنا المريض مهارات الإجهاد وإضعاف تخوفه من الأعراض بعمل التعريض المتكرر لفرط التهوية الرئوية

٣ - ونتم الطريقة الثالثة بمعالجة القلق نفسه الذي يسبب نوبة الجرع. ونحن هنا أمام معالجة جذرية وليس معالجة الأعراض. ويحسن أن نذكر في هذا السياق استخدام مزيج ثاني أكسيد الفحم مع الأكسجين وجعل المريض يستنشق هذا المزيج وفق مبادئ دقيقة. لإحداث أعراض

التهوية الرئوية، وحمل المريض بترجيع كثير لفترة زمنية معينة ومن خلال التعريض لهذا المزيغ المحدث لضيق التنفس، تضعف هذه الحواف من أعراض عرق التهوية الرئوية (إزالة الحواف بالتعريض لعرق تهوية صناعي).

ويمكن أيضاً اتباع هذه التقنية في علاج عُصاب القلب ذاته، بحمل المريض بتخيل إحساسات نوبة القلب، ثم تثبط هذه الإحساسات بمنه مزيغ قوي، وهو استنشاق هذا المزيغ، مما يؤدي إلى إضعاف استجابة القلب.

هذا وإذا كانت نوبات الجزع الإشرافية ناجمة عن أسباب عضوية، كداء مبير أو اضطرابات قلبية اشتدادية، فلا بدّ من علاج الدوار الذي يأتي شحة الإحسان بداء منير بالأدوية. أما اضطرابات القلب العظمى فتعالج أيضاً بإزالة الأفكار الكارثية، وطمأننة المريض بعدم خطورة هذه الاضطرابات.

### العلاج السلوكي للاضطرابات النفسية - البدنية (السيكوسوماتية)

من المعلوم أن الاضطرابات الانفعالية تُحدث نشاطاً مرطاً في الجذلة العصبية الإعاشية، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث اختلال عصبي وطبيعي في بعض أجهزة البدن، بحيث تكون أعراض الاختلال في بعض الأحيان شائعة لنشاط الفرد، أو أنها تُحدث آفات عضوية عندما يكون الاضطراب الانفصالي مُزمناً.

من بين الاضطرابات العصبية النفسية المنشأ: الربو القصبي، والقرحة المعدية، وتهيج القولون، والشقيقة (الصداع الوعائي)، وارتفاع الضغط الشرياني الأساسي، والتهاب الجلد العصبي Neurodermatitis.

ومن هنا أن نوضح أن العامل النفسي لا يكون المبيب الأول في الاضطرابات المعصوية التي ذكرناها، بل هو عامل وسيطي مساعد، ذلك لأن هناك عوامل أخرى تتضافر في خلق الآفة المعصوية .

رُبطَ القلق أحد العوامل المسببة لهذه الأمراض فعندما نكون الاستجابة الصادرة عن الجملة المعصية الإحاثية في عضو معين قوية، فإن مرط الشاهد المعصبي في ذلك العضو يؤدي إلى خلل وظيفي فيه لدرجة الإصابة بالمرض المعصوي. فهناك مثلاً رد الفعل المعدي Stomach reaction، ورد الفعل الأنفي، ورد الفعل النفسي الفلبي، ورد الفعل بضغط الدم الخ

وهناك ما يبرهن أنه عندما يتضاءل القلق يتضاءل معه رد الفعل المعصبي، وبالتالي يضعف الارتكاس العرصي المعصوي ويكرز هدف العلاج السلوكي ما ساعده المرض على التعلل على حده تنق المسبب لهذه الاضطرابات المعصوية .

### أ - تقنيات العلاج السلوكي

يتضمن العلاج السلوكي الأحاد بالمعطيات الخاصة بخاصة بالتجربة، والمرتطة بالعملية التعليمية، لعلاج العادات المتعممة بالانكيسنة المعصومة .

وكما ذكرنا يتم إعصاف القلق بخلق استجابة سامة معاكسة سليمة وإذا كان الطعام هو الاستجابة المنافسة المتضادة المطلوبة عند الأعداء وحيوانات التجربة، فإن هناك العديد من الاستجابات المتضادة يمكن يمكن استحداثها عند الكبار مثل؛ الاسترخاء والاستجابات الجنبية والبطشخصة . فالاسترخاء المفضل المتصاعد Progressive relaxation

يسمح عند حدوثه الذاتي. يتصوره البعض بإمكان تحقيقه بواسطة تدريب على  
تريد الأفكار سلبية حقيقة الاسترخاء. وتكونه الذاتي الاسترخاء  
والاسترخاء

والاسترخاء على الاسترخاء هو الاستجابة لتأثيرات مثل  
Systematic التحسس المنهجي  
Desensitization.

وفي هذه التقنية (التي تشرح تكتيكها بالتفصيل فيما بعد) يتم  
على سبيل المثال أن يتجنب المواقف الموحدة غمته ومخاوفه (تعرض به)  
وهو بعدة شخوصه (الاستجابة لتأثيرات مثل) ومن خلال تدريب  
تعرضه والاسترخاء ثم تكسب تحقيق تحدي مثل (أحد) الاسترخاء  
تعرضه قد حصلت مع هذا التكرار التعرضي نفس الاسترخاء ودرجة  
عشر (درجات الحروف).

ويعتبر مثلاً على ذلك التوضيح: علاج التعرض الذي يشكو من  
حزن اجتماعي، والذي يتصاعد قلقه عندما يتزايد عدد الأصدقاء  
يجتمع به في المعرفة التي يجلس فيها، يظن أنه أن يتجنب راحته مع  
شخص واحد. وبعد عدة تعرضات تخفف يتدرب فيها التعرض مع  
الاسترخاء يجد أن قلقه قد انخفض، ووصل إلى مستوى قصير جداً  
سبح إلى زيادة عدد الأصدقاء الذين هم بصحبة المريض، وبهذا التعامل معهم  
تجنباً كما ذكرنا، إلى أن يزداد القلق من اجتماعه بنفس أو يذهب إلى  
حد كبير. وعملياً نجد أن بعض هذا القلق تحليلاً ينتقل إلى المواقف  
الحقيقية فيتضاءل تحسس المريض من حوله من الناس إلى حد كبير. بعد  
ذلك يجب تعرض المريض حياً ومباشرة للمواقف التي تزعجه  
(الاجتماع بالناس)، وهذا ما نسميه بالتعرض الحيوي Vivo exposure



## لإطعام الحروف الاجتماعي.

بالنسبة إلى الأفراد الذين تكون قدراتهم التخيلية ضعيفة فلا بد من اللجوء إلى إزالة التحسس من الخوف ميدانياً وبصورة متدرجة مباشرة.

أما الأفراد الذين يدون الخوف من التعبير عن آرائهم ومطالبهم خشية انتقاد وعدم القبول، فإن التقنية المناسبة لهم هي تأكيد الذات Self-assertiveness، أي تدريبهم برؤايف حيانية يتفادونها تعبيراً عن آرائهم وتأكيداً لذواتهم، فالقلق هنا يورث بهذه الاستجابة التأكيدية وهي حالات رهاب الساح أو غيره هناك طريقة أخرى ترتبط بالتفسير الذي شرحناه سابقاً (الاستجابة القلقية التي تتجاوز العقبة المحددة) نسميها الإغراق Flooding. في هذه الطريقة نشر الاستجابة التحسسية إثارة عالية الشدة، بدون تدلّج بالتعرض المباشر للعنصر المثير للخوف، ولعتر، طريقة مسيئة، ودفعة واحدة - حوالي ساعة أو أكثر - حسب الجرع التعرضية التي يتحملها المريض في سعيه إلى مواجهة هذا الموقف بأكثر ما يستطيعه من السيطرة على النفس والاسترخاء. وتعد هذه الطريقة فعالة أيضاً في علاج العُصب الوسواسي - الجبري (الخوف من التلوث بالقداره أو الحرائيم) حيث يطلب إلى المريض لمس الأماكن التي يحذ منها، ومعه من غسل يديه.

وهكذا يرى أن هناك تقنيات متعددة في العلاج السلوكي الرامي إلى تثبيط الاستجابة القلقية باستجابة صاعمة مزاحمة مصادة. وهذه التقنيات تتراوح بين الاستجابة الاسترخائية المعاكسة للقلق، والاستجابات الحركية المناسبة للاستجابات الحركية اللا متكيفة (قني الساعد بالتيه الكهربائي)، وتقنية تأكيد الذات، وتقنية الإغراق.

ويمكن القول إن مجال العلاج السلوكي في علاج العُصَافَات  
النسبة تتراوح بين ٨٠ - ٧٩٠٪ من هذه العُصَافَات ويقصد بالمجال  
الشخص أو التحدثين الواضح دون انتكاس. وهذه النسبة لا مجدداً في أي  
مدرسة علاجية أخرى إطلاقاً. فمجال العلاج التحليلي، إيدياكي  
الغرويدي تتراوح بين ٣٥ - ٤٥٪ من الحالات العُصَافِيَة مع نسبة انتكاس  
كبيرة تصل إلى ٦٠٪ من الحالات المعالجة، بينما لا تمتد الانتكاسات  
في العلاج السلوكي المتد بأيام ماهرة كبيرة ممنوعة نسبة ١٠ - ١٥٪ من  
الحالات عموماً (ولبي عام ١٩٦٤). وهكذا لا يجد أي نظام علاجي نفسي  
لاسلوكي تجاور هذه النسبة (ولبي ١٩٦٤)

من ناحية أخرى، إن الاستجابات السالبة عن الجملة العصبية  
الإعاشية الخارجة عن مبادئ القلق هي أيضاً الأساس للمرض العصوي  
العسي المشأ، ولا سيما حالات الربو (ويقصد بهذه الإثارة العصبية  
وجود فرط تيبه في الدماغ المتوسط سب آفة، الأمر الذي يربط من  
احتلال وظيفة الجملة العصبية الإعاشية). وهنا نبرو أهمية علاج المعدة  
البيولوجية المريحة (العلاج الفيزيولوجي - النفسي)، حيث أن فرط تيبه  
الجملة الإعاشية قد يكون مصدراً للقلق، أو آفة عصبية، حيث لا بد من  
معرفة مصدر المرض العصوي النفسي؛ أمر نفسي أم آفة عضوية؟  
معرفة المدة مثلاً قد يكون سب فرط الحموضة فيها عائداً إلى التغيرات  
أو القلق لمرض، أو آفة في الدماغ المتوسط، تشط الجملة العصبية  
الإعاشية وتعمل من تولدتها. وهذا يتعين على المعالج أن ينفذ العامل  
العصوي في الاضطراب أولاً، قبل الحكم على الحالة.

## تحليل السلوك

يقصد بتحليل السلوك معرفة المسببات للانتكاسات العُصَافِيَة، أي

بتعبير آخر الكشف عن المعنى الذي يثير الاستجابة القصصية الإشرافية، ومثل هذا الكشف هو أساسي في جميع صروب العلاج السلوكي. وعد معالجة الاضطراب النفسي - البدني (السيكوسوماتي) يتجس على المعالج معرفة العلاقة القائمة بين مجموعة الاستجابات السلوكية السوية والأعراض العضوية. ولعلم القارئ أن المريض الذي يشكو من قلق قصبي ودرو قصبي فذلك لا يعني بالضرورة أن اضطرابه النفسي هو السبب للمرض الربو.

يبدأ تحليل السلوك بجميع شكاوى المريض وترتيبها من قبل المعالج. ويتجس على المعالج أن يتقصى السيرة المرضية لكل شكوى على حدة، ويتبع مسارها وارتباطها بالظروف التي تحيط بالمريض من المهم في الاضطرابات السيكوسوماتية معرفة نوع المواقف وارتباطها بشدة الشكوى السوماتية، وأيضاً معرفة ما إذا كان القلق سابقاً لهذه (الشكوى، أو نتيجة لها، أو الاثنين معاً) وإذا ثبت دور القلق في الشكوى السوماتية (العضوية)، فمن الضروري معرفة فيما إذا كان القلق يظهر بصورة آلية أونرومانيكية رداً على منبهات، أم أنه يبرر نتيجة تصورات ومفاهيم خاطئة Misconceptions، وبالطبع فإن مثل هذه المعلومات تؤثر تأثيراً كبيراً على أسلوب العلاج وطريقته.

إن تحليل استجابات المعنى تتبعه عادة السيرة المرضية - الاجتماعية للمريض التي توضح التالي

- ١ - الشكوى الحالية (أو الشكاوى)، تكرارها، مدتها، شدتها.
- ٢ - بدء الشكوى، وسببها، والعوامل التي أحاطت بظهورها وسببها
- ٣ - نشأة المريض والظروف الأسرية التي عاشها، والعلاقات القائمة بين الأبوين والأولاد، وبين الوالدين نفسيهما وما بينهما وثام أوتبر

- ٤ - التحصيل الدراسي ومدى تكيف المريض في بيئته المدرسية
  - ٥ - الأمراض العصبية التي أصيب بها، والرضوض الجسدية أو الحوادث التي تعرض لها (البدنية).
  - ٦ - الأمراض البدنية والعصبية والنفسية في العائلة؛ أصولها ومرورها عند الإخوة والأخوات، وأسرة الأب والأم
  - ٧ - المهن التي راولها المريض، وأسباب تعددها (إن وجد هذا التعدد).
  - ٨ - حياة المريض العاطفية، ونشاطه الجسدي، وعلاقاته الاجتماعية
  - ٩ - إهومات والمعدات (مثل التدخين وتعاطي المخدرات والأدوية)
  - ١٠ - العلاجات السابقة التي تلقاها.
  - ١١ - وصف المريض لذاته.
  - ١٢ - تفجج الاختبارات الإكلينيكية التي خضع لها (اختبارات النحصة ومستوى الذكاء)
  - ١٣ - تحديد التشخيص، ودرجة شدة الاضطراب.
  - ١٤ - احط القاعلي في أجهزة التنفيذية البيولوجية الراجعة.
- هذه هي بنود المقابلة الإكلينيكية الأولى، والمعلومات التي لا بد أن يحصل عليها المعالج من المريض، ومن أسره إذا اقتضى الأمر
- ويحصر علاجات الأمراض السيكوسوماتية بالعلاج الطبي السلوكي بالأمراض التالية:

- أ - الربو القصبي
- ب - ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي.
- ج - الصداع الوعائي والتونري.
- د - الاضطرابات الجلدية.
- هـ - الاضطرابات الهضمية

بحسب الربو القصبي عن مسببات متعددة ومتبادلة في التأثير فهذه  
مسببات تحسسية (حارجية)، وخماسية - أي التهابية بكتيرية أو  
فيروسية - وإفعالية، وميكانيكية ويحسن تصنيف مرضى الربو إلى  
صنفين:

- الأفراد الذين لديهم استعداد وراثي مسبق لهذا الاضطراب

- الأفراد الذين لا يحملون الاستعداد الوراثي.

علماً بأن العوامل النفسية تلعب دوراً أكبر لدى أفراد الصنف الثاني

### الملاح النفسي السلوكي للربو القصبي

أجرت مورا مور (Norah Moore ١٩٦٥) أول دراسة علاجية  
سلوكية، استخدمت فيها ثلاثة أنواع من العلاج السلوكي، وفاربتها مع  
عينة صامتة تجريبية النوع الأول - الشيط المعاكس أو إرثالة التحسر  
وفق طريقة وولبي Wolpe والنوع الثاني: العلاج الاسترخائي والنوع  
الثالث الاسترخاء مع الإيحاء. وكانت المقولات هي تبدل عدد السوبات  
الربوية اليومية، وذروة جريان الأعظمي للهواء المستنشق.

وحلال الأسابيع الأربعة الأولى من العلاج كان التحسن يشمل  
العثات الثلاث التي عولجت بالأساليب الثلاثة التي ذكرناها، إلا أن الفئة  
التي عُولجت بالتهييط المعاكس استمر تحسنها، بينما تراجع التحسن في  
الفئتين الأخريين. وبعد ثمانية أسابيع من بدء المعالجة كانت النتائج  
الأفضل في صالحي فئة التهييط للمعاكس وكان التعامل هنا يتم مع القلق لأنه  
العامل المعان في سوبات الربو.

إدراك يصبح لنا أن التعامل مع الربو القصبي يبدأ أولاً في التأكد من أن  
القلق هو المسبب لوباء الربو. وإذا كان الأمر كذلك، حجب بنعم إجراء  
التحليل السلوكي لمعرفة العوامل المسببة للقلق (أي المسببات لمثيرة  
لاستجابات الربو).

## (٢) علاج فرط التوتر الشرطية الأساسي

حتى الآن لا نعرف تماماً للعوامل المسببة لارتفاع ضغط الدم  
الشرطية، الأساسي، إلا أنه من الثلاث عدد كبير من المرضى أن العوامل  
الخارجية البيئية تلعب دوراً مهماً في حدوث الاستجابة الإشرطية النفسية  
= الدورانية (أي ارتفاع الضغط). لهذا فإن أشغال هؤلاء يحتاجون إلى  
العلاج السلوكي لإضعاف المؤثرات البيئية المساهمة في ارتفاع الضغط  
ويقوم علاج ارتفاع الضغط الأساسي على قاعدتين أساسيتين.

- تعلم الاسترخاء لتنشيط نشاط الجملة العصبية الودية الفاعلة في رفع  
الضغط الشرطية.

- التعامل مع المؤثرات الخارجية السببية المساهمة في رفع الضغط  
بالتعليم ضد التوتر (أي اكتساب المهارات السلوكية في إضعاف تأثيرات  
المؤثرات أو الاستجابة التوتيرية).

هناك تجارب أثبتت إمكانية تخفيض الضغط حتى الحدود السوية  
إما بنصف الجرعة الدوائية المضادة لضغط الدم، أو بدون دواء بواسطة  
ممارسة الاسترخاء لعدة شهور (أي استواء الضغط لعدة شهور)، إلا أن  
الاسترخاء وحده لا يضمن تخفيض الضغط الدموي تخفيضاً دائماً، فلا بد  
من التعامل أيضاً مع المسببات البيئية المؤثرة، وتبديل سلوك المريض  
وأسلوب حياته في تعاملاته الحياتية.

ومن الخطأ الاعتماد أن الاعتماد على الدواء فقط يكفي في علاج ارتفاع الضغط، فلا بد من التدريب على تقنيات التحكم بالتوتر للسيطرة على الضغط الدموي بأقل مقادير دوائية.

### (٣) علاج الصداع

من المعروف أن التوتر الانفعالي يُحدث الصداع الوعائي، والصداع التوترى Tension headache ويُمثّل العلاج الطبي السلوكي علاجاً مثالياً في السيطرة على هذين النوعين من الألم.

أما التقنيات المستخدمة في علاج الصداع فهي:

- أجهزة التمدية البيولوجية الراجعة (جهاز تحطيط المفصل وجهاز رفع حرارة اليد Temp).

- الاسترخاء العضلي المتصاعد.

- تقنية إزالة التحسس المنهجي للسيطرة على التوترات الخارجية

الماعلة في الاستجابة الانفعالية الحسنة للصداع التوترى والوعائي

- تقنية تأكيد الذات عند الأفراد الذين يظهر لديهم الصداع مع

اضطراباتهم الشخصية (القلق والمخاوف الاجتماعية).

### (٤) الاضطرابات الجلدية النفسية المنشأ

تُحدث الاضطرابات الانفعالية ارتكاسات جلدية مرعوبة

تُسمى التهابات الجلد العصبية Neurodermatitis. وبعض من هذه

الاضطرابات: التهاب الجلد العتيد Alopecdermatitis، وعرق التعرق

Hyperhidrosis، والحكة الجلدية العصبية، والصداف Psoriasis

ولكبت المدفون دوده في هذا الاضطراب وقد أنادى ستير

(١٩٥٣) أنه عالِج ٢٥ مريضاً يعانون من حزاز مسطح Lichen Planus،

وحكة جلديه، يجعلهم يعبرون عن مشاعرهم العدوانية.

وأعلما ماتوسر أنه تمكن من شفاء امرأة عمرها ٦٠ سنة تشكو من التهاب جلد من نوع الأكزيما، استمر عندها ست سنوات، بواسطة الاسترخاء ورفع درجة حرارة الهد بجهاز Temp. (جهاز قياس درجة حرارة اليد) وعالج ولبي امرأة عمرها ٤٠ سنة تشكو من التهاب جلد متلب بالإبهام النسي.

## (٥) الاضطرابات الهضمية

أولى الدراسات المسحية التي أظهرت العلاقة القائمة بين الانفعالات والاستجابات الوعائية والإفراوات المعدية كانت من قبل العلامة رولف (Wolff) وقد اتضح له أن الحوف ينشط إفراوات عصارة المعدة، بينما القضب والمعدوان يقللان المكس فيريدان من إفراوات العصاره المعدية، فترق مخاطية المعدة وتصبح حثة وحاسة أثناء احتفائها

ومع ذلك فإن الأبحاث الحديثة لا نعزو القرحات المعدية الى الاضطراب الانفعالي وحده، فهناك عوامل أخرى بيولوجية لها دورها في هذا الاضطراب، إلا أن العامل الانفعالي يلعب دور الوسيط أب الاضطرابات الهضمية الأخرى كالإسهال المزمن العصبي المنشأ، ويمكن السيطرة عليه بالعلاج السلوكي كإزالة التحسس والامرخاء والتدنية البيولوجية المراجعة.



### تحليل السلوك

إن جميع أنماط السلوك، ومن ضمنها السلوك المعرفي خاضعة للمحنة البيئية. ويمكن لسمّة المريض وطبعه أن يتبدلا بعض التعلم في كل بيئة، وفي كل نمؤص لإثارة أو منه، وذلك نتيجة استجابة المعصورة بعد كبير أو قليل.

وعملية تحليل السلوك هي جمع المعلومات وعملتها، لتحدم توجه العلاج السلوكي. وينحصر اهتمام المعالج في معرفة أسباب انكرب النفسي التي دفعت المريض إلى التماس المعالجة.

ولا بد أولاً أن يعرف المعالج إذا كان سبب كرب المريض يعود إلى استجابة متعلّمة، أو أنه عضوي المنشأ. فالمعالج السلوكي يهتم فقط بالاضطرابات المتعلّمة وليس بالعضوية المنشأ. وإذا كان مصدر الاضطراب المرضي الذهاني (المغلي)، فإن العلاج البيولوجي - الدوائي - هو الأساسي، وليس العلاج السلوكي.

إن غالبية المرضى الذين يقصرون العيادات للمعالج النفسي، يشكون من اضطرابات نفسية مصدوها التعلم، وتقع هذه الاضطرابات في نصيب المُصاب النفسي.

وكما ذكرنا فإن شكاوى المريض الأولية تحوي استجابات غصاب لا تكيفية، أو تأثيرات ثانوية لهذا القلق وهو قلق تشكّل بفعل العلم، ويكون هدف العلاج محو هذا التعلم الغصابي وكبح نزول الغصاب، لا بد أولاً من القيام بعملية تحليل السلوك، أي بتعبير آخر تحديد المنبهات المثيرة للاستجابة العقلية اللاتكيفية تحديداً دقيقاً ولا مدوحة من القول إن الناس في تبدل مستمر، لفاتبدو شكاويهم المرضية، ومعانائهم، وأساليبها وطرقها، مرتبطة بشروط المنبه. ولذا يتمين على المعالج طرح الأسئلة السابرة للمنبهات المثيرة لقلق المريض، وتكرار الأسئلة بطرق مختلفة إذا ما دعت الضرورة لتحديد الوقائع المعقدة

١ - الكشف عن العلاقات القائمة بين المنبه والاستجابة اللاتكيفية  
يعتمد المعالج في الجلسة الأولى إلى إملاء استمارة المقاسة وذلك رفقاً لما ذكرناه سابقاً في تحليل السلوك. وتكرر هنا سير المشكلات الرئيسة التي قصد المريض المعالج يسبها ملتماً عوبه وهذه المشكلات هي مخاوفه، ومتاعبه وشكاويه والظروف التي تحيط به، المشكلات بدقة، وذلك للحصول على صورة واضحة لأسبها ومحدداتها. والتقصي لا يقتصر فقط على معرفة الظروف التي حلفت المحادوف الإشرائية، ولكن أيضاً على معرفة الحوادث التي حصلت لاحقاً، وبذلك من أشكال الاضطراب لتجعله معيماً بنحل منبهات إشرائية أخرى من الدرجة الثانية. ويتعين على المعالج أن يتتبع الفصاة الإشرائية لكل عادة عبر تكمية بالطريقة نفسها

إن هذا السير يكشف للعلاقة بين المنبه - الاستجابة وتركيبها سواء أكانت معرفة أم إشرائية كلاسيكية، وهذه العلاقة هي التي يقوم عليها أسلوب العلاج وهدفه

ومن السهولة يمكن أن يُعطي المريض افتراضات خاطئة حسب  
مطابقه. فقد عزى أحد المرضى قلقه الشالّ الشديد إلى المخدّر الذي  
أعطى له خلال خضوعه لعملية جراحية. لكن الأسئلة الدقيقة بيت أن  
الشذات الاجتماعية هي سبب قلقه وليس خوفه من التخدير.

إن مهمة تحليل المسبب - الاستجابة قد تكون معقدة، حينما تكون  
هناك شكاوى أخرى غير القلق، مثل التأتأة، والسلوك الجبري أو المرض  
النفسي العصوي. ففي حالة الربو القصبي والاضطرابات المعوية النفسية  
- المنشأ يجب أن تكون الآفات المعوية هي المنظور ولا ينبغي أن يغيب  
عن ذهن المعالج (العلاقة بين النفس والجسد في الاضطراب النفسي).  
أما الاضطرابات السيكوسوماتية فتكون من نتائج القلق عند الأفراد ذوي  
الاستعداد المسبق.

ومن المهم أن نعرف كيف أن القلق يرتبط باضطراب الكلام،  
وبالسلوك الجبري، أو بهوية الربو، وعادة تبدو هذه العلاقة واضحة  
ومباشرة في مثل هذه الحالات. فمثلاً يجب أن التأتأة تزيد من شدة القلق  
الذي يشعر به المريض عندما يكون الشخص الذي يستمع إلى المريض  
عريباً عنه أو ذا صفات معينة.

وأحياناً نجد صعوبة في الكشف عن العلاقة بين الاضطراب  
الانفعالي ورد الفعل السيكوسوماتي. وقد ذكر لنا ولي أنه عالج مريضاً  
يشكو من ربو قصبي، نهاجه التوبت مهاجمة منتظمة، بعد أربع ساعات  
من تعرضه لشذات بيئية. ولم تنفخ هذه العلاقة إلا بعد المراقبة اليومية،  
ورصد الساعات من قبل المريض لحوائثه اليومية، وتبع الأمر لعدة  
أسابيع.

وبعد أن يتم سر ردود الفعل، وتعرف العلاقات بين المسببات

والاستجابات العصبية من قبل المعالج، يستقل هذا الأخير إلى جمع المعلومات عن نشأة المريض، وسيرته الحياتية الماضية، وعلاقاته مع أسرته والبيئة الاجتماعية، وحياته المدرسية والمهنية، والعلاقة بين أفراد الأسرة والأبوين، وعلاقة الأبوين ببعضهما، وأسلوب التربية والنشئة، وموقف المريض من العملية التربوية التي خضع لها، وموقفه من والديه وإخوته، إضافة إلى تعرف المخاوف التي عاناها في طفولته. وبمضى آخر إملاء جميع المعلومات التي ذكرناها هي المقابلة الإكلينيكية بهذا المعنى، كما يجب التعمق في سيرة المريض العاطفية، الدفء العاطفي، والعلاقة الجنسية.

وبعد أن يتم جمع المعلومات وفق البنود التي نخصنها بالمقابلة الإكلينيكية يحرص إلى محووس شخصية تشخيصية. ولعل أهم الاختبارات المستخدمة في العلاج النفسي الطبي السلوكي والطب النفسي السلوكي هي التالية

- ١ - اختبار Willoughby الذي يسير المخاوف والعلاقات الشخصية
- ٢ - اختبار مسوتا للشخصية المتعدد الوجود MMP١ .
- ٣ - اختبار برنروتر Bernreuter الذي يسير الكفاءة الذاتية
- ٤ - اختبار الخوف ويسمى Fear Survey Schedule (ولبي ولانج ١٩٦٤). الذي يسير مخاوف المريض جميعها .
- ٥ - اختبار القدرة التحيلية للأزاروس
- ٦ - الخط القاعدي ونوعية البروفيل النفسي - الفيزيولوجي للمريض على أجهزة التنظية البيولوجية المراجعة
- ٧ - اختبار رافن لقياس الذكاء العام، أو اختبار فيكلر .

ومن خلال نتائج هذه المحووس والمقابلة الإكلينيكية يتم وضع

النحوص المبدئي. ومع استمرار العلاج يعمل المعالج على التأكد من صحة هذا التشخيص. وليعلم المتدرب على العلاج السلوكي أن وجود أي شك في مرض عضوي يجب تقيده أو تأكيده في حالة المريض، لإجراء الفحوص الطبية الكاملة والتوعية. ولعل نوبات القلق العارضة غير المرتبطة بمسبب محرم لها، هي إحدى الدلائل القوية على المرض العضوي.

وبعد من هذه الأمراض العضوية الشائعة بين الناس اثبتة للقلق. تسرع القلب الاشتدادي Paroxysmal tachycardia، وقص سكر الدم، وفرد الدرق Hyper Thyroidism. أما الأمراض الأقل شيوعاً - العضوية اثبتة للقلق: الصرع الصدغي - اللمبي Limbic Lobe Seizures، وورم القوائم Pheochromocytoma (ورم قشر الكظر). وتُعطى الأفضلية في معالجة الاضطرابات المتعددة عند المريض، للاضطرابات العصبي الشال لعاعلانه ومشاطلانه.

وليعلم المتدرب أن العلاج السلوكي هو علاج فردي يحصر إساناً معيلاً، فلا يجوز أن تعتبر الخطة العلاجية خطة صالحة لكل مريض فمرعاة الفروق الفردية في العلاج أمر أساسي يتوقف عليه نجاح العلاج أو فشله. فحيفاً تشمل المعالجة بإزالة التحسس المنهجي عند شخص، يسا نصب نجاحاً كبيراً عند مريض آخر. وعلينا أن نعرف أن تثقيب المريض بالثقافة العلاجية السلوكية هي ضرورة مهمة كي يمثّل العلاج ويتعامل معه. فالعلاج برمته يقوم على جعل المريض يقف موقفاً إيجابياً من المعالجه، وهذا ما يجب أن يحققه المعالج منذ بداية العلاج.

ومن الأهمية بمكان عند استلام المريض عن عدد الجلسات العلاجية، ومستوى التحس الذي سيلقيه، ألا يعطي المعالج ضمانات

سواء في عدد الجلسات أو في مستوى التحسن بشكل قاطع. فليس عدد الجلسات هو الذي يحدد مدة العلاج، ولكن يحددها مستوى التعامل الذي يديه المتعالج، والتزامه بالتدريبات العلاجية الملقاة على عاتقه، وحماسه للعلاج. ومن الخطأ الفادح أن يلتزم المعالج بأرقام ثابتة في عدد الجلسات، وفي درجة تحسن أكيدة، لأن مثل هذا الالتزام يتنافى التعامل العلاجي مع متحولات لا يستطيع ضمان البطرة عليها. وكل ما على المعالج عمله هو إقناع المريض، بالأرقام والإحصائيات، بمدى تفوق العلاج السلوكي على غيره من الملاجبات، مع إعطائه فكرة عامة عن عدد الجلسات، بدون الالتزام بها، وشرح أسباب عدم الالتزام، وعدم التحسن الذي يمكن أن يحصل عليه المريض إذا ما توافرت لديه الشروط الأساسية في التعامل العلاجي، وأن تقاضي الأجور العلاجية هو جزء هام من العلاج. وعموماً يمكن أن يقدم المعالج إلى المتعالج المعلومات التالية عن العلاج السلوكي.

١ - العلاج السلوكي هو علاج لا يتم من جانب واحد (أي المتعالج) بل بالتعامل والقبول المتبادل بين المعالج والمتعالج.

٢ - يقع العبء الأساسي في تحسن المريض أو شفائه على عاتق المريض نفسه من خلال الموقف الإيجابي الذي يثق به من العملية العلاجية وملتزماتها.

٣ - إن تحسن الأعراض مضمون إذا ما التزم المريض بالإرشادات العلاجية، لأن الأعراض هي استجابات متعلمة وغالبة للإطفاء والتراجع.

## الأساليب العلاجية المعرفية

سبق وتكلمنا عن الأساس السلوكي للتفكير، ورأينا أن التفكير يولد الانفعالات والسلوك، لذا لا فرق بين الاستجابات المعرفية والسلوكية بعمل التفاعل القائم بينهما. ويمكن القول إن الاستجابات المعرفية تبدو متداخلة متناغمة على المستوى العملي في النشاطات الإنسانية كلها وفي أنماط العلاج النفسي أيضاً. فالمريض يتخصص المعالج، ويلاحظ حر كاته وأفعاله وأقواله وأثبات عيادته، والمعالج يستجيب بدوره إلى حركات المريض وانفعالاته. فالإجراءات المعرفية هي جزء من العلاج السلوكي، وهذا ما رأيناه عند جمع المعلومات في المقابلة الإكلينيكية.

ويدرك المعالجون السلوكيون أن مصدر الكثير من المشكلات الإنسانية هو خطأ المعلومات والمعتقدات والأحكام والأفكار عند المرضى، لذا فهم يسون علاجاتهم وفقاً لمصدر المشكلات سواء أكانت معرفية أم كلاسيكية.

هناك العديد من التقنيات السلوكية التي تستهدف تبديل العادات الفكرية المعرفية، مثل تقنية ناهلور (١٩٥٩) في مع الاستجابة الفكرية Thought - Stopping، وأيضاً تقنية كوتيل (١٩٦٧) وهوم (١٩٦٥)

المعروفة باسم الإجراءات الإشرافية المستترة Covert Conditioning  
مجميع هذه التقنيات تسبب أصلاً إلى مبادئ الإشراف وأسمه مع الإدراك  
أن المعرفة أو التعكير هما الصنف الثاني للسلوك .

ويستحيل عموماً إزالة إشراف القلق من الموقف الذي يعتقد  
المريض أنه يشكل خطراً عليه، حتى لو كان خاطئاً، وجعله يقف من  
موقفاً غير مهالي، إلا إذا تم إقناعه أن أفكاره خاطئة

إن الأخطاء وسوء التأويل للمواقف أمر شائع في المخاوف المرضية  
Hypochondria فالمريض الذي يشكو من آلام راجعة في الصدر يحتاج  
إلى إقناعه أن هذه الآلام لا تعني وجود مرض القلب . عادة كان هذا  
البحوف ناجماً عن أسطواء معرفة، إضافة إلى وجود بحوف إشرافي من  
الأعراض، حيث أنه يحتاج إلى شيتين؛ علاج معرفي وعلاج بإزالة  
التحسس التخوفي من هذه الأعراض المتعلقة، وذلك بعد أن يتخلص من  
بحوه المعرفي، ويعرف أن آلام صدره ليست خطرة ولا مؤذية

#### ١ - التعرف على المخاوف للمعرفة المنشأ

يعين، من خلال تحليل السلوك، معرفة فيما إذا كان مصدر  
البحوف معرفياً أو إشرافياً كلاسيكياً، وأحياناً يكون التمييز صعباً في بعض  
الحالات مما يستدعي من المعالج تدقيقاً كبيراً، فموهبة الشخص ثنائي  
من الممارسة

وإذا انفتح للمعالج أن البحوف معرفي، حيث أنه يمكنه أن يطرح على  
المريض الصيغ التصحيحية لهذا الخوف الذهني بالصورة التالية :

«إن مخاوفك ناتجة عن تفكير خاطئ». والآن سأزودك بالمعلومات  
الصحيحة عنها بإسهاب أنت تمزج هذه المخاوف الخاطئة اللاواقعية



بعادتك في خلق الأحاديث مع الذات التي تهزم الذات وتثير الحروف  
وسأمرتك على نوعية هذه الأحاديث التي تحلح حركك وتجعلك ماعد  
السيطرة على محاورك».

إن تصويب المعلومات الحاطة يتوقف على نوعية سوء التأويل  
الحاطي. مثلاً المريض الذي يخاف الاحتاق إذا ركب المصاعد  
الكهربائية، يحتاج إلى تثقيف بخطأ هذا التفكير عن المصاعد، وفي أكثر  
الحالات تكفي المعلومات اللفظية المصوبة. وبسبب تصحيح مثل هذه  
الأفكار، عند بعض المرضى، بإظهار أنظمة التهوية الموجودة في  
المصاعد الكهربائية من قبل اختصاصي المصاعد وتكمن المشكلة  
الصعبة عند بعض المرضى في التشويه المعرفي الذي يكون جزءاً من جهاز  
المعتقد للتفكير الخاطيء المتداخل مع حياة المريض. وها يحتاج  
المريض إلى مقلد كبير من التماس والتشجيع للتغلب على هذا التكبر  
الحاطي، وتصويب المعلومات (ولقد عالجت نفسي حالات كثيرة من  
هذا القبيل).

إن المخاوف من مرض القلب التي لا أساس لها من الصحة تكون  
مقرونة عادة بوبات تسرع القلب الوظيفي العصبي المشاء وبالجمعات  
أو ألم الصدر (الخناق الكاذب) وبادناً ذي بدء، وحسب عمر المريض  
وحالته البدنية عموماً، ينبغي نفي وجود أي علة عضوية بإحالة المريض  
إلى الطبيب المختص. وفي بعض الأحيان يكون إجراء مثل هذه المعوص  
كافياً لإعادة الطمأنينة إلى المريض وإزالة خوفه الزهني

وفي أحيان أخرى يحتاج الأمر إلى مزيد من الإيضاحات  
والتفسيرات من أسباب الألم الذي يشعر به المريض في صدره، لنفي  
مرض القلب، وربط الألم باضطرابات عضوية، كالتهليل المعوي

- المعدي، أو الاضطراب العصلي في جدار الصدر. ويمكننا الرهبة للمريض أن ألم الصدر يعود إلى الغازات المعوية - المعديه، وذلك بأن ستحدث له هذه الألكم، فنطلب إليه أن يشرب كأساً من عصير البرتقال مع إضافة منقعة شاي من بكاربونات الصوديوم ليحدث الانتعاش المعوي - المعدي. فهذه التجربة تقنع المريض بأسباب ألم صدره أكثر من أي طمأنة وشروحات أخرى.

لا أن المريض في بعض الحالات لا يقنع بعدم وجود أي آفة قلبية لديه مهما بلغ مقدار تصحيح أفكاره المغلوطة عن الألكم. وهنا لا بد من اللجوء إلى إزالة الإشراف الكلاسيكي من الخوف من ألم الصدر بواسطة تطبيق تقنية إزالة التحسس من هذا المخوف الإشرافي

وعندما يكون العلق مزماً وشديداً فإنه يؤدي إلى إحداث إحساسات عرية للمريض، مثل الشعور بالموت أو بتشوه الواقع. فهذه المشاعر العرية قد سب للمريض الشك أنه على وشك «الانهاية». وهنا بصاب المريض بحالة عصبية من تصاعد الخوف الذي يأتي رداً على الأعراض التي تنبهه، والتي تدورها تزيد من حدة الخوف وتعرزه. وينتهي تصاعد الفلق إلى الإصابة بالجزع الناجم عن أعراض فرط التهوية الرئوية ولا بد للمعالج من أن يطمئن المريض أن الأعراض التي تهاجمه، نتيجة فرط التهوية، غير مؤذية ولا مهددة. وأحياناً يفرص الواقع أن يعطيه صمداً خطياً أن حالته لا تشكل له أي تهديد على حياته وسلامته عقله

وبعض المرضى يحتاجون إلى تفسيرات إضافية عن الاستعدادات الإرثية في الاضطراب العقلي للاطمئنان فالمرضى الذي يصاب من أعراض فرط التهوية لكلا يفقد سلامة عقله، نجعله يطمئن بعدم تعرضه لأي مرض عقلي بإجراء فحص تخطيط بؤبؤ العين pupi lography لدي

يظهر الاستعداد لمرضى الفصام (رومين ١٩٧٠).

### تقنية إيقاف التفكير Thought Stopping

هي طريقة لتبديل السلوك المعرفي (الفكري) وهذه الطريقة لا تقوم على أساس تبديل جهاز المعتقد والتفكير بل على إيقاف عادات الاستجابات الفكرية التي تقنم ساحة وعي المريض المزعجة، والتي لا طائل منها (كالأفكار الوسواسية مثلاً).

وتقوم هذه التقنية على تدريب المريض باستبعاد الفكرة الصائبة المزعجة حالما تلج ساحة وعيه.

وقد عالج ليوبر رجلاً يعاني من وسوس جبري نثل في انشغاله المستمرة مسوة غرابة، وذلك بجعله يوقف الفكرة كلما ولحّت الأفكار الجنسية إلى ساحة وعيه، وقد أفلح في تخليصه من هذا الاضطراب الوسواسي العرسي، حيث برهنت هذه الطريقة على فعاليتها

كما نجح تايلور بعلاج حالة اختلاخ شعر الحاجب تسم بصمة الحر (عصاب جبري Compulsive) عند رجل عمره ٣١ سنة، وذلك بتدريب المريض على تثبيط سلسلة الحركات التي تقود إلى هذا الاختلاخ للشعر وإذا أمكن إزالة العادات الحركية يمنع الاستجابة، أليس بالإمكان إذن إدارة عادات التفكير بهذه الطريقة؟

إن جوهر التدريب على إيقاف الأفكار المزعجة يكمن في الوصول إلى اتفاق بين المعالج والمريض على أن الأفكار التي ننتابه مبددة للقوى انفسية والجسدية ومؤدية، وغير مفيدة، لذلك لا بد من التخلص منها.

يبدأ التدريب على هذه التقنية بالطلب من المتعالج أن يغمض عييه، وبالنظر بأفكار نموذجية لا طائل منها، كأن يقول مثلاً أنا إنسان

تأته، أنا إسماعيل ضعيف. وخلال لفظه لتلك الأفكار يصيح المتعالم بصوت عالٍ وبلهجة جازمة مفاجئة، قائلاً للمريض: أوقف هذه الأفكار عما يردد المتعالم هذه العبارات بالقول: أوقف الأفكار، موجهاً الكلام لذاته وعادة يرافق هذا القول لدغ وسفه يخطط مطاطي يجب له الألم (قرن الألم بكلمة أوقف الأفكار) يردد المريض العبارات السابقة عدة مرات. ومن ثم يطلب المتعالم إلى المتعالم أن يتدرب بنفسه على إيقاف الأفكار التي تزعمه بالأسلوب نفسه وبعبارة غير مسموعة. وبعد إيقاف تلك الأفكار يتعين على المريض أن يشت انتباهه في موضوع آخر سائر محبب إليه ويندمج فيه تلياً.

يتم المتعالم المتعالم إلى أن الأفكار مستعود إليه ثانية، وعليه كلما اجتاحت الفكرة المزعجة صاحبه أن يتعامل معها بالأسلوب الذي تعلمه في حال عدم نجاعة الأسلوب السابق، يمكن تطبيق التقنية بالأسلوب التالي الممثلة.

يتعرض المتعالم إلى صدمة كهربائية غير مريحة متزامنة مع لفظه لكلمته (قف . قف، للفكرة المزعجة). وهنا تقرر العبء المؤلم مع العبء المزعج، المزعجة، الأمر الذي يؤدي إلى إضعاف الترابط بين الحسنة (الفكرة المزعجة) والاستجابة (اجترار الفكرة)، أي تثبيط الفكرة الوساوسة

تتم هذه الطريقة بشكل خاص في التعامل مع الأفكار الوساوسة وإضعافها. وقد أعادها «إماما جامي» (١٩٧١) أنه عالِم بهذه التقنية مريضاً يشكو من وساوس، دام معه ثلثي سنوات. وعالج (محمد حيدر) مريضاً يشكو من أفكار وسواسية جسيمة نتجت عنه خلال الصلاة<sup>(١)</sup>.

(١) انظر كتاب العلاج النفسي الحديث للاضطراب الوسواسي الجبري، تأليف د محمد حيدر، إصدار دار طلاس للنشر، دمشق ١٩٩٢

### التدريب على تأكيد الذات

#### Assertiveness Training

رغم أن تقنية إزالة التحسس المنهجية هي أكثر الطرق شيوعاً واستخداماً في إزالة عادات استجابة القلق الإشراعية الكلاسيكية، فإن نقسة تأكيد الذات هي التي مورست في عهد باكر، قبل التقنية الأولى (إزالة التحسس المنهجية).

والتدريب على هذه التقنية سهل نسبياً في التعليمات والتطبيق، وتؤدي (إذا ما طبقت في حالاتها الملائمة) إلى تدل سلوكي مهم حلال حزمة تدريبية لا تتعدى مدتها عدة أسابيع.

والتدريب على هذه التقنية هو أحد الوسائل العلاجية السلوكية لإزالة الإشراف الخاص بعادات استجابات القلق اللانكيفية الشخصية interpersonal (المخاوف الاجتماعية)، إزاء سلوكيات الأشخاص الآخرين (الخوف من الكلام أمام الناس أو من النقد أو عدم القبول)، ويكون ذلك بالتمهير عن الانفعالات وتأكيد الذات. فاستجابات القول، والمحبة، والإعجاب، والفضب أو التوثر تناهض هذه المخاوف الاجتماعية مناهضة قوية. وهذه الاستجابات التعبيرية التي يتعلم الفرد

الحجول الإفصاح عنها تزيد من سلوكه الحركي . فالقلق المتراس الوجود مع هذه الامعالات الإيجابية الحركية يكون مصيره التثييط والضعف والإعتماد، أي تعبير آخر . إن الاستجابات الانفعالية الإيجابية الحركية تثييط القلق ، كما سبق ورأينا في التثييط الخارجى .

يفيد هذا النوع من التدريب في كل المواقف التي يكون فيها المريض مشطاً من القيام بفعل نتيجة وجود خوف اجتماعي عصابي . ونمذ من هذه المواقف الخوف من عدم التعبير عن شكوى سواء الطعام في مطعم ، أو السكوت عن استلاب الدور من قبل شخص آخر في صف لقطع تذاكر ركوب الحافلة ، أو الخوف من الكلام خشية النقد أو عدم القبول أي سلوكيات مشاعر النفس وعدم الكفاية الشخصية ، والسلوكيات المنجسة كوة

إن استجابات القلق البيشخصية ، تقود أحياناً إلى توجيه الدوافع العظرية العريزية إلى سلوكيات لا تكيفية كاللوطية ، والانحرافات الجنسية ، والميل للاتصال الجنسي بالأولاد Pedophilia والفيتشية ، والاستعراض Exhibitionism (إظهار العورة للناس) .

والكثير من الانحرافات الجنسية لا يمكن تصحيحها بالعلاج المباشر للانحراف ؛ إلا إذا تمت إزالة الدوافع العصابية البيشخصية المسببة لهذا الانحراف .

وقبل البدء بتدريب المتعالج على استراتيجيات تأكيد الذات ، ينبغي على المتدرب قبول العقلانية ، ومنطق هذه الاستراتيجية . ففي بعض الأحيان نجد أن الإذعان لورغبات الآخرين وحاجاتهم يرتبط بفلسفة عامة اجتماعية مقبولة أخلاقياً في تقديم مصالح الغير على مصلحة الفرد الشخصية . مثلاً على ذلك الشخص المثمن الذي يكر رغباته ومصالحه

ويعمل عليها مصالح الآخرين. ومثل هذا التزوع نجد عند أصحاب الشعائر الدينية، وهم القلة عادة. أما في الأحوال العادية فإن قلوب رعات الغير والروضح لسلوكيات الناس على حساب نزوات الفرد ومصالحه يُعد كرمًا عصبياً، سببه ضعف الذات والخلل المرضي ومشاعر النفس الرامية إلى استرضاء الناس وانتزاع قبولهم كهدف.

فانت عندما تقبل آراء الناس ظاهراً، ولكنك ترفضها في أعماق نفسك، ولا تتجرأ على التعبير عن هذا الرفض فأنت تعاني من مشاعر النقص والقلق الاجتماعي. وفي هذه الحالة تحتاج إلى علاج تأكيد الذات الذي يدرّبك على مواجهة الناس وأن تقول كلا عندما تجد ما يعرضونه عليك يتنافى مع مصلحتك، أي أن تتدرب أن تقول «لا» في كل موقف يتنافى مع رعاتك ومصالحك ومنظومة معتقداتك، أن نأله إلى تنعيم الناس لك من خلال الرفض الصادر عنك. والأسئلة التالية تترر حل المريض يحتاج إلى علاج تأكيد الذات أهم لا:

١ - كيف تتصرف إذا اتضح لك، بعد شرائك سلعة ما من حانوت، أن دراهمك لا تكفي لدفع ثمنها؟

٢ - ماذا تفعل إذا وجدت أن السلعة التي اشتريتها، وعدت بها إلى الدار كانت فاسدة أو معطوبة؟

٣ - ماذا تفعل إذا اتدس أحد الناس فأخذ دورك في الصف؟

٤ - ماذا تفعل إذا وجدت صاحب الحانوت وهو يتعامل مع أحد الزبائن الذين يسبقونك دوراً، ثم جاء شخص واحتل دورك، فتعامل صاحب الحانوت مع الحدث ببساطة متجاهلاً حقك في الدور؟

٥ - كيف تتصرف إذا طلبت وأنت في المطعم دجاجاً مشروباً على الفصح، وإذا بك تجد أن المادل (الكارسون) المكلف بخدمتك على المحاولة

حلب لك دحاجاً معلياً وليس مشروباً؟

في جميع هذه المواقف يتعين على الفرد أن يتحكم بحقه ، ويأخذ  
تطاول الآخرين عليه ، ولكن بشكل مقبول اجتماعياً . وإذا أجاب هذا المرء  
على جميع الأمثلة السابقة بعكس ذلك ، فهذا يعني أنه يحتاج إلى التدريب  
على تأكيد الذات .

ولنعين الحوار التالي في التدريب على تأكيد الذات :

المعالج : ماذا تفعل إذا كنت واقفاً في دورك لقطع تذكرة دخول  
سبعا ، وجاء شخص وأخذ دورك؟  
المريض : لا أفعل شيئاً .  
المعالج : إذن ماذا تشعر؟  
المريض : أشعر بالغضب يشتعل في داخلي .  
المعالج : ولكن لماذا لا تفعل شيئاً؟  
المريض : أخاف من أن أسرّ مشاعره .

نرى في هذا الحوار كيف أن الخوف من إزعاج هذا الدليل هو  
الذي يمنع المريض من اتخاذ إجراء يعترض فيه على هذا التعدي . وهذا  
يتميز على المعالج أن يدرب المريض على تحويل هذا العصب نحو  
الخارج ، بدفعه إلى التعبير عن غضبه بسلوك اجتماعي مناسب . ومثل هذا  
التعبير يبطئ استجابة القلق والخوف ، وينعكس على المريض بمشاعر  
احترام الذات .

المعالج : إن الناس يستفيدون من هذه السلبية التي تبديها نحوهم .  
المرء الذي أخذ دورك استفاد من سلبيتك وعدم تعبيرك ، والمطالبة  
بحقوقك . يجب عليك ألا تسمح له بذلك . عليك أن تقول له التالي : «لطفاً  
هل تفضل بأخذ دورك في هذا المصنف» . ففي فمك هذا أنت تعبر عن



عصيك الذي أثارته مفاظة هذا الرجل وأنتيه، ولكن بأسلوب اجتماعي مؤدب. وفي كل مرة تلجأ إلى مثل هذا السلوك التأكيدي شط الفلق

مع تشجيع المتعالج على التصرف بهذه الطريقة في علاقاته  
ليشخصية نجد أن تبديل السلوك قد حدث عند المريض خلال فترة  
ليست طويلة، فيتلاشى بذلك قلقه الاجتماعي السلي، وسلوكيات  
التجنب، ويصبح أكثر قدرة على تأكيد ذاته، ومواجهة الناس بثقة بانفس،  
مع انحصار الخوف اليشخصي.

إن لعب الدور التحيلي، أو الواقعي المبدائي، بإعطاء المريض  
تدريبات على تأكيد الذات في مواقف حياتية مفترضة أو حقيقية لإنحارها  
كوظائف، هي عوامل مهمة في تبديل السلوك السلي



## أسلوب إزالة التحسس المنهجي Systematic Desensitization

يُعدُّ أسلوب إزالة التحسس المنهجي أحد أنواع الأساليب في إضعاف عادات استجابات القلق المُصابي، وذلك وفق خطوات محددة ومنهجية. ومن هذه الخطوات شاعنها في إطفاء القلق المُصابي التحريبي عند الحبرانات، وفي أسلوب ماري جونز التي أزالَت عُصاب الخوف من المخط عند الأطفال.

وعلى المستوى الفيزيولوجي يتم تثبيط القلق المُثار عند المريض بعمل الاستجابة المعاكسة الاسترخائية للمفضل، ويكون ذلك تمرين المريض إلى المنبه الإشرطي الذي بدوره يثير الاستجابة اللاتكيفية المُصابة وهو في حالة استرخاء نفسي - عضلي.

ويستغرق التمرين عادة عدة ثوانٍ، ويتكرر ليحدث التناوب بين التمرين والاسترخاء، حتى يتم إطفاء الاستجابة القلبية والنبه الإشرطي بهذه الطريقة المتساعدة يفقد قدرته على إثارة القلق.

وتتم تجربة الموقف المخوف إلى وحدات موقعية متساعدة في إثارتها للخوف، ولا يتجاوز الماصل بين موقف على السلم الهرمي وآخر

في شدة الخوف أكثر من ١٠٪ باعتبار أن شدّة رأس الهرم الذي فيه دروة الموقف المثير للخوف المراد إطفاءه تقدر بـ ١٠٠٪ ومن ثم يتعامل المريض مع مواقف الخوف المعجزة بتناوب عملية التعرض والاسترخاء، فلا ينتقل من موقف مُدَوِّج على هذا السلم الهرمي إلى آخر حتى تصبح شدة الخوف صفراً. . .

ويتم تدريب إرادة التحسّس المنهجي، ووضع وحدات المواقف من قبل المريض والمتعالج معاً، ومن ثم يدرّب المعالج المريض على تطبيق هذه التقنية بجلّسات علاجية ويُطلب إليه فيما بعد التدريب عليها بمفرده، بعد أن يفتن تطبيقها.

وبلاحظ أننا نستخدم استجابة الاسترخاء لمناهضة المواقف القلبية على السلم الهرمي.

وكيداية، يتم تدريب المريض أولاً على الاسترخاء المتصاعد ويكون كالتالي

يجلس المريض على كرسي ذي سند للظهر ومستين لليدين ويحرر جسمه من كل ضاغط أو معيق لحركاته، في غرفة متوسطة الإضاءة ومعتدلة الحرارة، وبدأ بتنفيذ التعليمات التالية التي يملأها عليه المعالج

- يأخذ نفساً عميقاً بطيئاً، ويحبس الهواء في صدره لحسن ثوان، ثم يزفر الهواء ببطء، ويكرّر العملية ثلاث مرات.

- يغمض عينيه، ويقبض الكفّ الأيمن، ويشعر إحساس الضغط والتوتر في أصابع اليد اليمنى، ويركز انتباهه على إحساس الضغط ويشعر به.

- يرخي ويفرد أصابعه ببطء، ويشعر استرخاء اليد

- يكرر هذه العملية مرة أخرى (قض اليد وإرخاء الأصابع).

- الآن، وهو مغمض العينين ولتساهه مركّز على الساعد، يثني الكفّ بانحناء الداخل فتنبه عضلة الساعد يستشعر التوتر في عضلة الساعد ومن ثم يرخي العضلة بإعادة الكف إلى وضعه الأول. يكرر هذه العملية مرة أخرى.

- يثني الساعد ببطء ويستشعر بتوتر عضلة المرفق يُقي هذا التوتر مدة ٥ ثوان، ثم يسط الساعد ببطء، ويستشعر استرخاء العضلة التدريجي خلال ذلك. يكرر العملية مرة أخرى.

- يطّبق الشيء نفسه على يده اليسرى، بالخطوات التي ذكرناها.

- يجنّد جهة رأسه برفع الحاجبين إلى الأعلى (توتر عضلة جهة الرأس) ويستشعر التوتر في هذه العضلة يرخي عضلات الجهة ببطء ويستشعر بهذا الإرخاء. يكرر العملية مرة ثانية.

- يوتر عضلات الوجتين ثم يرخيها. يكرر العملية مرة ثانية، (توتر ماالكثير).

- يوتر عضلات ما حول العين تكرر العملية مع الإرخاء.

- يوتر عضلات الفكين بالضغط عليهما ومن ثم إرخاء مع المباعده بين الشفتين قليلاً. يكرر العملية.

- يوتر عضلات الرقبة يدفع الرأس إلى الخلف ببطء، والإرخاء بالعودة إلى الوضع الطبيعي، ثم يكرر العملية.

- يرفع الكتفين إلى مستوى الأذنين (التوتر) ومن ثم يهبط بهما إلى الوضعية السابقة (تكرار العملية).

- يدفع الكتفين إلى الخلف، بشكل يقوّز اللوحين من بعضهما (التوتر)، ومن ثم يبعدهما إلى الوضعية السابقة، ويستشعر الإرخاء (تكرار العملية).

- استنشق الهواء وإملاء الصدر بالهواء (توتير عضلات الصدر)، ثم الرميز سبط مع تركيز الانتباه على هذا الاسترخاء (تكرار العملية).  
- تقبض عضلات البطن، والاستشعار بتوتر العضلات، ثم إرخاء هذه العضلات (تكرار العملية)

- توتير عضلات الحوض بتقليص معصرة الشرج (عضلات هذه المعصرة، والاستشعار بهذا التوتر) ثم إرخاء هذه العضلات (تكرار العملية).

- تقليص عضلات الفخذ، والاستشعار بهذا التوتر، ثم رخي هذه العضلات (تكرار العملية).

- رفع أصابع القدم إلى الأمام باتجاه الجسم للإحساس بتقليص عضلة الساق (الاستشعار بالتوتر العضلي)، ثم إعادة الأصابع إلى الوضع الأول (إرخاء العضل) تكرار العملية

بهذا التمرين نكون قد مارسنا ما نسميه بالاسترخاء العتصاعد الذي يقوم على توتير مجموعة العضلات، والاستشعار بالتوتر ومن ثم الإرخاء بعد تدريب المريض على هذا التمرين الذي يحقق الاسترخاء العميق للموصلات، ويخلق عنده العروق بين التقلص والإرخاء العضلي، مطلب إليه ممارسة هذا التدريب كواجبات يبتية ثلاث مرات يومياً، لمدة ١٠ أيام، وذلك لتشكيل عادات الإرخاء العضلي، بحيث ما إن يأمر نفسه بالاسترخاء حتى يجد أن جميع جهازه العضلي الحركي قد استرخى بفعل الإشرط الاسترخائي الذي كوّنه.

وهناك أشكال أخرى للاسترخاء سنجدّها في مقرر الشفعية البيولوجية الراجعة.

ويجب أن نعلم أن التدريب على الاسترخاء قد يناسب شكل معين

من أشكال الاسترخاء، مما يستدعي مراعاة الفروق الفردية في التدرج عليه

### خطوات تطبيق إزالة التحسس المنهجي

قبل أن نفسر ونشرح هذه الخطوات يجب أن نعرف الحقائق التالية:

١ - إن الاستجابة الاسترخائية تُضعف الاستجابة التخوفية الضعيفة، ولكنها لا تضعف الاستجابة التخوفية الشديدة. ولقد ظهر في تجارب بافلوف وولبي أن الحيوان المُصاب بمُصاب تجريبي لم يكن يأكل الطعام أثناء وضعه في القفص الذي تُعرض فيه إلى المُصاب، بل كان يصبح مثبطاً تماماً بفعل القلق الشديد الإشرطي الناجم من وجوده في القفص، رغم أن الطعام منه يثير استجابة سارة موهنة للقلق. وتفسير ذلك أن شدة القلق تقوى بكثير من استجابة الطعام السارة.

وينطبق الأمر نفسه على الكائنات البشرية.

٢ - وطفلاً للمبدأ الأول، لا بد إذن من تجربة الموقف المخوف المراد إطفاءه إلى وحدات موقفية مثيرة للقلق الضعيف، متدرجة في الشدة، حتى الوصول إلى ذروة الهرم التي تمثل الموقف المخوف المراد إطفاءه؛ المخوف من رهاب الساح على سبيل المثال أو من مشاهدة ميت أو كلب... وهير ذلك...

٣ - يجب أن لا تتجاوز شدة المواقف المجرأة المثيرة للقلق نسبة ١٠٪ على السلم الهرمي أثناء التصاعد بين موقف مثير للخوف وآخر، وذلك لأن الاستجابة الاسترخائية تكون هنا متوافقة مع الإشارة

التحوية التي يثيرها الموقف والمواد إصعافها لتصل إلى قوة صغر في الدرجة .

٤ - يجب أن يكون المريض قد امتلك المهارات الاستراتيجية المتكافئة جيداً ،  
ليتمكن من إعطاء المواقف التحوية على السلم .

٥ - يجب أن تكون قدراته التخيلية جيدة بحيث يستطيع تخيل الموقف  
المثير للاستجابة التحوية تحيلاً يجعله يشعر بالخوف الفعلي ،  
فضعف القدرة على تخيل الموقف والتعرض له لا يسمحان بإصعاف  
الاستجابة التحوية .

٦ - هناك فروق فردية في المدة اللازمة لإصعاف المواقف المنخبة بطريقة  
إزالة التحسس المبهجي فهناك من يتمكن من إصعاف خوفه من  
موقف خلال التناوب بين التعرض والاسترخاء المتكررين بعدة (١٥ ،  
دقيقة ، بينما نجد أن موقفاً واحداً على السلم الهرمي يحتاج عد فرد  
آخر إلى ثلاث جلسات مدة كل جلسة ٣٠ - ٣٥ دقيقة

٧ - إن إصعاف الاستجابة المخوفة تخيلاً ينتج عنه ضعف هذه الاستجابة  
أمام المثير الحقيقي للخوف ميدانياً ، وبسبة أكثر من ٨٥ / (نقال  
إزالة التحسس إلى الحياة الواقعية الميدانية)

٨ - في حالة ضعف قدرة المريض على التحيل لا بد من اللجوء إلى تقنية  
لإعراق الميداني (التعريض الميداني المباشر للعصر المثير للقلق)  
بالترتيب ، أو بالإثارة القوية للسبب التحوي كما سبق وشرحنا  
بعد هذا الشرح للنقاط المهمة ، يمكننا بيان خطوات تطبيق هذه  
التقنية

أ - إعداد سلم وحدات المواقف المثيرة للاستجابة للخوف أو القلق .  
رسم إعداد هذا السلم وفق المبادئ التالية



(١) لكل حالة خوف سلم. فالمريض الذي لديه محاور متعددة يجب أن يوضع لكل خوف سلم.  
 (٢) يتم وضع هذا السلم بالتعاون بين المريض والمعالج معاً.  
 (٣) يتم تحديد درجة السلم الهرمي، ومرتبة كل موقف من الشدة وفقاً للتالي:

- يُجزأ الموقف المخوف المراد إطفأؤه إلى وحدات بفواصل شدة ١٠٪ متصاعدة على السلم.

- تحدد قوة الموقف الشير للخوف كما يُرمد على السلم الهرمي، وذلك بالطلب من المتعالج أن يتخيله تماماً، ويحدد درجة خوفه منه

- يُعد الرقم . . . موقفاً حياًدياً ساراً مألوساً إلى السلم، يأتي بعده الموقف المخوف الضميف جداً ويُعطى الرقم ١٠ / في الشدة، بالمرادة مع الحواف الأصلي المراد إطفأؤه والذي يأخذ الرقم ١٠٠ / في الشدة، ومكانه ذروة السلم.

- يتم وضع المواقف المعجزة المثيرة للخوف وفقاً للقاعدة السابقة، ونرصد على السلم حيث يتم بعدها التعامل مع هذه المواقف بالتعريض والاسترخاء لإطفائها.

ب - تعد عملية التعريض والإطفاء لمواقف السلم وفق التالي:

(١) يطلب إلى المريض أن يسترخي على المقعد ويخفض هيبه، ومن ثم عليه أن يتخيل موقفاً ساراً حيث يأخذ هذا الموقف الرقم . . . على السلم

(٢) يطلب المعالج إلى المريض أن يتخيل الموقف الذي يلي المنظر السار مباشرة. وما أن يتحيلة، على المريض أن يرفع إبهامه أو

سبابه إشعاراً للمعالج أن الموقف تمّ تخطله بوضوح تام.

(٣) يطلب المعالج من المتعالج أن يتعامل مع الموقف المنير لحده لمدة عشر ثوانٍ (تقدر بين المعالج والمتعالج قبل التهيئ) وهو مسترخ تماماً، ومن ثم يوقف تخيله للموقف بعد هذه المدة ويتحيل بدلاً عنه موقفاً ساراً ولمدة نصف دقيقة

(٤) بعد انتهاء هذه المدة يرفع المتعالج أصبعه إشارة إلى أنه عاد إلى تحيل الموقف، وتعامل معه للمدة نفسها، ومن ثم يقطع هذا التحيل ويعود إلى تخيل منظر سار

(٥) يواصل المتعالج تعامله مع هذا الموقف بهذا الشاوب والنواتر بين التعريض والاسترخاء، وتحيل منظر سار، والعودة من جديد إلى التعامل مع الموقف وهو مسترخ حتى يتخفص قلقه إلى أرقم الصفر، بحيث إذا ما تخيله من جديد لم يعد الموقف يثير حواره

(٦) ينتقل المعالج إلى الموقف التالي الذي يلي بالأسدة، ويتم التعامل معه على عرار الأول إلى أن ينطفئ. وهكذا تُعطى جميع المواقف حتى يصل أحياناً إلى دروه السلم بمواجهة الحوف الأصلي المراد إطفائه

إن هذه العملية قد تستوجب تخصيص عدة جلسات حتى يتم إعطاء جميع المواقف المثيرة للحوف على السلم بل إن عدة مواقف قد تحتاج إلى أسبوع، بمعدل ٢٠ دقيقة لكل جلسة، وذلك حسب طبيعة الحوف واستجابة المريض لعملية الإطفاء

يمكن استخدام جهاز GSR للتأكد من روال الاستجابة التخوفية في التعريض، وأحياناً لإعطاء المريض تغذية راجعة.

ينعبر على المريض المتدرب على إطفاء الحوف بالتدريب الذي تقدمه

كروية بنية ، للتأكد من منح الإطعام ، ولتقوم أيضاً بإطعام المواقف - ف على السلم بالطريقة التي تدرب عليها ، إذا طلب إليه المعالج ذلك كما ويمكنه بعد تدريبه على عملية الإطعام ، أن يطلقه المحارب الأخرى معه ، بعد أن يصح السلم ويحدد قوة المواقف المرصودة على السلم بالتدريب مع المعالج .

(٧) يجب تدعيم هذا الإطعام بالتعرض للموقف الذي تم إصداره تخلياً (كما يبدو في الحياة Vivo)

مثال على إعداد سلم المواقف المجرزة المنيرة للحرف

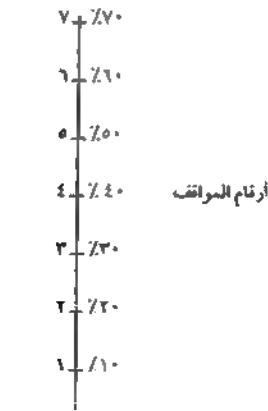
لتفرض أن مريضاً يخاف من العمليات الجراحية والدخول إلى المستشفى عامة . مجرى هذا الخوف إلى المواقف التالية ، مرتبة من الأسفل إلى الأعلى حسب الشدة :

- ١ - الموقف : هو الحيادي ويكون بتحويل المريض لموقف سار
  - ٢ - تحويل سيارة إسعاف ١٠٪ شدة الخوف .
  - ٣ - تحويل سيارة إسعاف تسير في شارع يؤدي إلى المستشفى ٢٠٪
  - ٤ - تحويل السيارة وهي تصل إلى المستشفى ٣٠٪
  - ٥ - تحويل ماء المستشفى الخارجي ٤٠٪
  - ٦ - تحويل وهو المستشفى المؤدي إلى غرفة العمليات ٥٠٪
  - ٧ - تحويل مريض محمول على حاملة ، في طريقه إلى غرفة العمليات ٦٠٪ .
  - ٨ - تحويل غرفة العمليات ، وإجراء عملية جراحية داخلها ٧٠٪
- وإذا أردنا أن نمثل ذلك بيانياً يكون السلم على الشكل

التالي

## سلم المواقف الهرمية للخوف من المشافي والعمليات الجراحية

الوحدات الذاتية للاضطراب . SUD



تحليل منظر مار

ويمكن إعطاء المريض المهدئات الصغرى إذا انضج أنه يجد صعوبة في الوصول إلى الاستجابة الاسترخائية، وذلك قبل المباشرة بالتدريب على الاسترخاء ولفترة قصيرة، حتى تتميز عنده الاستجابة الاسترخائية

بدون دواء مهدئ. ويفضل التحقق من تعلم المريض الاستجابة  
الاسترخائية بجهاز GSR، ومن إعطائه تغذية راجعة.

إن الأشكال المختلفة للاسترخاء كالتأمل، وتوليد الأفكار  
الاسترخائية، وتحيل موقف سار، أو تخيل إرخاء العضلات (الاسترخاء  
العالم) أو الاسترخاء بالتنفس، كل هذه الأساليب محققة للاسترخاء،  
ويمكن إنشاء ما يناسب المريض منها في تدريبه على الاسترخاء.

وبالنسبة إلى مخاوف المرتفعات فيجب أن نراعى في السلم الهرمي  
حقيقة تزايد الخوف مع زيادة الارتفاع.

فالشخص الذي يخاف من الارتفاع تكون شدة خوفه من علو طابق  
واحد أقل من علو ثلاثة طوابق. أما الخوف من الأماكن المظلمة فيتناسب  
طرداً مع صغر مساحة المكان، أي أن الخوف يتزايد مع صغر مساحة  
المكان المغلق.

كذلك نجد أن الخوف من الكلام مع الناس يتزايد طرداً مع زيادة  
العدد، وللمن علاقة بذلك. فالمرهوب من الكلام مع الناس يخاف  
الكلام مع ثلاثة أشخاص أكثر من الكلام مع شخص واحد، ويخاف  
الكلام مع الكثير في حين لا يخاف الكلام مع الأولاد، وقد يخاف من  
العماء وليس من الأشخاص الذين يعرفهم.

هذه الأمور كلها يجب أن نراعى عند إعداد السلم الهرمي لمواقف  
المجزأة المشيرة للخوف ولا نسي أيضاً أن الحركة تزيد من شدة الخوف  
في الارتفاعات جميعها.

وكما سبق وذكرنا، إن المقياس لتسلسل الهرمي لوحدات الخوف  
ينبغي عليه دوماً أن يلتزم بمواصل ومنية للحالات متقدمة فطناً معقولاً

أي تعبير آخر: لا يكون ترتيب المواقف المتصاعد على السلم محتلاً احتلالاً كبيراً في قدرتها على إثارة القلق، بحيث أن التقدم في إزالة الحوف على هذا السلم يتعثر عند الانتقال من موقف أقل قوة إلى موقف أكثر قوة في إثارة الخوف، لأن المريض قد يتعزز عنده الحوف بدلاً من أن يضعف، أي يُصاب بإشرط مستويات قلق عالية، نتيجة تمرّسه لقلق شديد مُشار

ففي الرهاب مثلاً، حيث يترادف القلق مع تناقص المسافة الفاصلة بين المراهوب والمبه المثير للخوف، تؤثر التبدلات الصغيرة في البعد الفيريائي على القلق مع تزايد الاقتراب من المنبه المثير للحوف، بينما نجد العكس في رهاب الساح والارتفاعات حيث نجد أن الحوف هنا مرتبط بعدد الأشياء فالزيادة البسيطة في العدد تبدو أكثر قوة في إثارة الحوف من أعداد قليلة في الأشياء أو البشر

وكما ذكرنا، إن العوامل بين المواقف على السلم تكون مقبولة عندما تتراوح إثارة القلق بين ٥ - ١٠٪ في الزيادة بين موقف وآخر ولكن إذا انصح أنه يوجد بين البند رقم ٨ و ١٠ حوالي ٤٠ درجة مئوية، حينئذ لا بد من العثور على تنود وسيطة لتجعل الفرق بين البند والذي يليه في الحدود السوية (أي من ٥ - ١٠ درجات).

### ولنصرب المثال التالي لتوضيح مشكلة إعداد السلم

سيدة عمرها ٤٢ سنة، عانت من كابوس الخوف من السفر بمفردها مدة ٢١ سنة تقريباً وكان جوهر خوفها الشال يكمن في اشتدادها عن بيتها وحدها. كاد يمكن بالطبع التعامل مع هذا الخوف وهي في السفر، إلا أن حساسيتها كانت شديدة، كما أن الشهور بالوحدة والعزلة من الصعب

تحديد هـا عكاً أي بالمسافات .

وكان من الممكن الحصول على سيطرة أفضل على ردود أفعالها من خلال اللجوء إلى استخدام المصعد الكهربائي وسيلة أو أداة لتقدير ابتعادها عن العالم المحيط بها .

ولذلك تم وضع السود (المواقف) الضعيفة على سلم التسلسل الهرمي على أساس مصعد كهربائي مفتوح تماماً بحيث تصعد فيه تلقائياً بدءاً من الأرض حتى الرقم ١٠٠ .

بعد ذلك تم «وضعها» تخلياً في مصعد له نافذة تبلغ مساحة فتحتها قدماً واحداً مربعاً . ومن ثم كان التابع التالي : تصعد نافذة فتحتها ٢×٩ أشر ، وبعدها تصعد نافذة فتحتها ثقب مساحته إنشان مربعان وأخيراً مصعد لا نافذة فيه مضم تماماً .

ثم جاء دور عملية إزالة التحسس ، وفقاً للسود المذكورة بمصعد مختلف الفتحات . بعدئذٍ ، وعلى سلم آخر ، تم تحديد زيادة متصاعده في قدرتها على السفر بعيداً عن بيتها تخلياً ، والتعامل مع هذا السفر المتباعد عن الدار تخلياً أيضاً .

ثم تم إعداد سلسلة جديدة أحاطت بالمعنويات الإشرافية بالقلق الخاص بالرحلات بصبر وبها المحتلعة

وهكذا وجد أنه تم التعامل مع هذا الخوف بثلاثة سلالم هرمية .

مثال آخر : الخوف من اضطرابات نظم القلب . يكون إعداد السلم الهرمي وفق الفواصل المثوية في الاضطرابات الحسية على السلم ، بدءاً من درجة الخوف ٨٠٪ وهي اضطراب نظم للقلب تازلياً

١ - اضطراب نظم للقلب (٨٠) .

- ٢ - آلام شديدة في الصدر والبطن (٧٠)
- ٣ - آلام في الظهر والكتف الأيسر (٦٠)
- ٤ - ألم في دروة الرأس (٥٥).
- ٥ - طنين في الأذن (٥٠)
- ٦ - خدر حسي أو ألم في أصابع اليد (٤٠).
- ٧ - ضيق تنفس عند القيام بجهد (٣٠).
- ٨ - وجعة في اليدين (٢٠).
- ٩ - ألم في اليد اليسرى، إصابة قديمة (١٠)
- ١٠ - تخيل منظر سار .

### اعضارات كميّة

هناك اختلاف كبير في عدد المواضع، وعدد المشاهد، وفي عدد التقديمات (التعريض) التي تقدم في جلسة إزالة التحسس، إلا أن الحلقة الواحدة الفردية تستهلك أربعة مقاييس عموماً، ولا يوجد جلسة واحدة تستغرق أكثر من ذلك، كما أن ثلاثة أو أربعة تعريضات للمشاهد الواحد تكون كافية لتخصيص وحلات القلق على هذا المشهد إلى الصغر ولكن هذا لا يسع في بعض الأحيان من تكرار التعريض عشر مرات أو أكثر للمشاهد الواحد حتى تنخفض قوته التخوفية إلى مرتبة للصغر. أما إجمالي عدد المشاهد فهي متوسطة عادة بالوقت المتوافر، ويحتل المريض أيضاً إلا أن الوقت يتزايد عموماً مع استمرار العلاج، بحيث أن كامل حلقة تخصص لإزالة التحسس. ففي المرحلة الأولى من العلاج قد تستغرق الجلسة ٨ - ١٠ تعريضات (أي مواقف)، وفي المراحل المتقدمة من العلاج تغطي الجلسة من ٣٠ - ٥٠ تعريض. أما مدة الجلسة فهي من ١٥ - ٣٠ دقيقة. وقد أضاف كل من وولفين Wolpin وبيرسال Pearsall



(١٩٦٥) أنهما استطاعا إزالة شأفة رهاب واستئصالها بجلطة إبراة بحس  
واحدة، استمرت ٩٠ دقيقة (ساعة ونصف)

هذا وبما تكون القواعد العامة التي ذكرناها هي الناطمة عد معصم  
المرضى، هناك قلة من الأفراد يُظهرون قلقاً واضحاً حتى في القلق  
الخفيف المُثار في المشهد الواحد، وقد يستمرق تحييض هذا القلق في  
مرتبة واحدة على السلم بجلطة علاجية كاملة.

ويحدث استمرار المقلق ألبماً لدى المرضى إذا واجهناهم بمشهد  
مزعج جداً. وفي هذه الحالة يشمين على الممالح إيقاف الجلسة

وعموماً تلغ مدة تعريض المريض للمرضى لشهد واحد من ٥ إلى ٧ ثوان،  
وهذه المدة تختلف حسب اختلاف الظروف. ويتميز إيقاف التعريض  
لمشهد بسرعة إذا ما أظهر المريض قلقاً شديداً.

وحين يقتصر التعريض على مدة أقصر أي مدة ثانية أو ثاسير ثم  
إن امدة الرمية بين المواقف تختلف، وتكون هذه المدة عادة من ١٠  
- ٣٠ ثانية ولكن في حال أظهر المريض اضطراباً غير عادي نالسة الى  
المشهد السابق، يمكن تمديد المدة الرمية حتى إلى دقيقة أو أكثر، حت  
تُعطى الإيحاءات خلالها حتى يترجي ويهدأ

أما عدد الجلسات التي محتاجها المتعالج، فهذا بنوقف على عدد  
المشاهد المرصودة (المواقف) على المقاييس الهرمية، والضرورة لإزالة  
مجموعة مخاوفه. والمواسل المحددة لذلك هي عدد مجموعة المخاوف،  
وشدة كل موقف، ودوجة التعميم، أو علاقة المنبهات المرتبطة في كل  
حالة من المجموعات. وقد نجد مريضاً يُشفي بت جلسات نحس،  
ببما يحتاج مريض آخر إلى مئة جلطة أو أكثر، وذلك حسب أنواع ونعدد  
المخاوف التي يشكو منها

فهناك مريض يخاف من الموت وحده احتاج إلى حوالي ٢٠٠٠ مريض لإزالة التحسس. أما العواصل الزمنية بين الجلسات، فهذا لا يقع ضمن إشكالات وقيود علاجية خاصة، وعموماً تكون المواعيد محدودة جلسة أو جلستين أسبوعياً، ويمكن أن يكون الفاصل الزمني بين جلسة وأخرى عدة أسابيع، أو أن تعقد يومياً.

في بعض الأحيان، بعد انتهاء العلاج بإزالة الخوف الرهابي، ملاحظ وجود رواسب ودود الفعل للتخومية (بفايا) الضعيفة الظاهرة، وهذه يمكن إزالتها بفعل قوة الانفعالات المثبطة التي تصدر عن الفرد تلقائياً خلال سير الحياة اليومية للعادية (العملية الدائرية).

وقد بطراً تبدل ضعيف جداً بين الجلسات العلاجية. فأنباء معالجة حالة من حالات رهاب الأماكن المغلقة الشديدة القوة، ظهر بحس واضح ولكنه غير تام بعد سلسلة من الجلسات الأولى. وهذا التحسن النقص ظلّ على حاله خلال فاصل زمني مقداره ثلاث سنوات ونصف من الانقطاع عن العلاج. وبعد هذه المدة بوشر في العلاج مرة ثانية ففادت الجلسات إلى إزالة هذا الرهاب نهائياً.

ويعود مثل جلسات إزالة التحسس عادة إلى الأمور التالية:

- ١ - صعوبة الاسترخاء عند المتعالج.
  - ٢ - المفاتيح الهرمية غير المناسبة في الأعداد.
  - ٣ - القصور في تحييل المشاهد تخيلاً حياً واضحاً عند التعريض.
- وعند صعوبة الاسترخاء يمكن مساعدة المريض بإعطائه دواء ديازيبام (فاليرم) قبل ساعة من الجلسة العلاجية، وأحياناً نرأى الاستجابة الاسترخائية بالجوء إلى التنويم (وضع اليد).

## الأساليب المختلفة لإزالة التحس

إذا لم تُجِد تقنية إزالة التحس المهجي الكلاسيكية في إزالة الاستجابات العُصائية عند بعض المرضى، فلا بد حينئذٍ من اللجوء إلى بدائل أخرى من التقنيات العلاجية السلوكية القائمة على تبطئ معاكس للاستجابات العُصائية اللاتكيفية.

ويمكن تقسيم الأشكال الأخرى من تقنية إزالة التحس المهجي إلى ثلاثة تصانيف:

- ١ - التصنيف الأول: الأساليب التكنيكية.
  - ٢ - التصنيف الثاني: الاستجابات البديلة المأمّنة للفلتر المستخدمة مع السمات التخيلية
  - ٣ - التصنيف الثالث: الطرق التي تتضمن استخدام السمات الحقيقية المشيرة للقلق
- ولنشرح الآن كل تصنيف من التصنيف المذكورة

- ١ - الأشكال التكنيكية
- يقوم جوهر هذه الطريقة في إزالة التحس على عرض السمات المتدرجة في الشدة على المريض المسترخي عرْصاً ميكانيكياً آلياً،

استخدام مسجلة الصوت والأشرطة الصوتية. وهذه الطريقة نستخدم في العلاج الفردي والجماعي.

والرهاب من الأفاعي مثلاً يمكن إطفائه بالتطبيق التالي

يستخدم شريطك صوتيان بواسطة مسجلتين، ونُحجّل على أحد الشريطين - بالتسلسل الهرمي - المواقف المنظمة التي يُراد إطفاء إثارتها المخوفة Hierarchy Items، أما الشريط الثاني فيحتوي على تمرين الاسترخاء. ويعتمد المريض إلى ضبط الأزرار والمفاتيح المسيطرة على المسجلتين لمساعدته على تعلميات الاسترخاء، وتكرار الموقف، وإيقاف التعرض للمشهد. وقد طور وليي هذه الطريقة (١٩٦٧) مستخدماً مسجلة واحدة بدلاً من اثنتين لعلاج مريض يعاني اضطراباً شديداً إزاء سلوك يسره أنه استجاف شخصه أو سلوك رفض ولا سيما أثناء التحدث أمام الناس (خوف اجتماعي).

وفي هذه الحالة عند المريض نصه إلى تسجيل تعليمات الاسترخاء، ويتودد المواقف المقلقة الهرمة المتدرجة في الشدة وفق إرشاد معالجته، ثم يقل مسجلة الصوت إلى داره، ويمكن بمجهده الشخصي من إزالة خوفه مع جلسات وظلّ محافظاً على نجاح العلاج بمساعدة دامت

س  
أما الطريقة الجماعية في هذه التقنية، فتتلخص في جمع المرضى الذين يعانون من الرهاب نفسه بعد تدريبهم على الاسترخاء، وتعرضهم للمواقف بالآلة الصوتية، وفق منحنى هرمية للوحدات المثيرة للخوف، حتى لو كانت غير مطلوبة بينهم، شريطة أن يتأكد المعالج أن المشهد التحليلي الواحد لم يعد يشير للقلق عند أي من المرضى، قبل انتقاله إلى الموقف الذي يليه. إن العلاج الجماعي بهذه الطريقة يُوفر الوقت، مع

العلم أن أفضل النتائج التي نحصل عليها في هذا الأسلوب العلاجي هي في المواقف الشخصية (الاجتماعية).

ويمكن أن يتم العلاج الجماعي بأن يتخيل الأفراد المواقف المدرجة على السلم الهرمي بعد تدريبهم على الاسترخاء. ففي هذه المواقف يتخيل كل فرد منهم أنه يتكلم مع شخص واحد، ثم مع شخصين، ثم مع ثلاثة أشخاص، وذلك بعد إعطاء الحوف في كل موقف من هذه المواقف

إن الأساليب المستخدمة في العلاج الجماعي هي التكرار السلوكي Behavioral rehearsal، وإزالة التحسّس التحليلي، ومحاكاة نموذج معين Modelling

ب - الاستجابات البديلة للمحاكاة للقلق المستخدمة مع المبهات لتخيلة

#### (١) الاستجابة المثارة من قبل المعالج

سبق وذكرنا أن المقابلة الإكلينيكية العلاجية هي ذاتها تثير عدد الكثير من المرضى استجابات انفعالية سلبية وأخرى إيجابية فالاستجابات السلبية تأخذ صورة القلق، والإيجابية تكون مريحاً من التوقعات المؤلمة والثقة بالمعالج، وترتبط أيضاً بالغرف العلاجية. ويطلق التحليل العصبي على مجموع هذه المواقف اسم: «التحويل الإيجابي» Positive Transference نحو المعالج، بدون أن يكون في مضمون هذا التحويل صورة الأب

ومثل هذه الاستجابات الانفعالية الإيجابية من شأنه أن يبطئ عدد المريض القلق الذي يُثار بالتمير الكلامي خلال المقابلة العلاجية. فالمقابلة المثيرة للانفعالات هي أساس نجاح العلاج في الأنماط الأخرى من المواجهات غير السلوكية (Eysken 1956)

ومما لا شك فيه أن المعالجات السلوكية يمكنهم الاستعانة من هذه الاستجابات الإيجابية المناهضة للقلق بما يعادل الإفادة من التلاشي

وعموماً، لا تكون الانفعالات المثارة من قبل المعالج مقصودة ونموجية في تأثيراتها، إلا أنه يمكن جعلها نموذجية في الاستخدام. فالأفراد الذين همجرون عن تعلم الاسترخاء، أو الذين يخافون من إحساسات الاسترخاء التي تتابعهم (الشمور بالظل أو بالحفة أو بالعثر الحسي الخ...) يكون لاستمرار عرض المشاهد التحيلية عليهم بتسلها النهوي قيمة، على أمل أن المشاعر التي يثيرها المعالج تظل مشبعة للقلق، وهذه المشاعر هي الأساس على ما يبدو في إزالة التحسس السامح بدون استرخاء. وقد تلعب مثل هذه المشاعر الإيجابية دوراً مهماً في إزالة التحسس ميدانياً *Vivo*.

## (٢) بدائل الاسترخاء

هناك العديد من الأساليب التي تتح التأثيرات ذاتها للجمعة لعصبة الإعاشية *Autonomic effects* في تحقيق الهدوء اللقي على عرار ما يراه في الاسترخاء العضلي. وهذه الأساليب هي:

التدريب على توليد الأفكار *Autogenic Trainy*، والتأمل وليوعا، والتعدية البيولوجية الراجعة *Biofeedback* وهذه التقنيات سشرحها بنوسع في مقرر التقفية البيولوجية الراجعة.

## (٣) الاستجابات الناجمة عن الإثارة الكهربائية

أولاً - إزالة التحسس القائمة على تثبيط القلق باستجابة حركية إشرافية:

سبق ورأينا في تجارب المعلمة «ولبي» أن إنهاء الصدمة الكهربائية

محطة يقهر حيوان التجربة (الحرد) إلى الأعلى (أي عندما يعد استجابة حركية) يحدث عند الحيوان كفاً إشرافياً للاستجابات الصادرة عن الجملة العصبية الإغاثية المثارة في الوقت نفسه بفعل الصدمة الكهربائية

وعلى المستوى الإكلينيكي، وجد أن توجيه صدمة كهربائية على يد المريض وهو يتحمل موقعاً مثيراً للحرق يؤدي إلى قطف اليد (شي الذراع) أي تثبط القلق التحوذي. وهذا بمكر تطبيقه (زلة المخدوف المدرجة على السلم الهرمي بدلاً من الاستجابة الاسترخائية

وبحدثنا الدكتور وليي عن أسوأ وهاب شاهده، وتمكن من علاجه بالطريقة التي ذكرناها فقد احتاج المريض من ١٥ إلى ٢٥ مرة لي الساعد بالصدمة الكهربائية الخفيفة الشدة حتى خففت استجابة الحرق براء لمطر اندي يتخيله المريض إلى الصبر في الشدة وثبت لعصي الحركي ها كان فاعلاً في إصعاف استجابة القلق

#### نبدأ الكف الخارجي External Inhibition

تلخص هذه التقنية بالتالي:

بتم (إحاطة) تطويق ساعد المريض بضاديين من الناشر التمثيل معلول ملحي معرض واحد ونصف إنش، أحدهما يوضع فوق المعصم والثاني على مسافة أعلى من الأول بثلاثة إنشات تقريباً، ويثبت كل صمد بممسك معدني مطلق بالكروم الطابع للصدأ، ومتصل بسبيج كهربائي - بطارية بجاية قوة ٩٠ فولت، مخرجها Output حاضع لسيرة مقارم استطاعته ٥٠ ألف أوم (يمكن استخدام أنطاب قوة بدلاً من الضاديين) وعندما يضغط المعالج على مفتاح لعبة نصف ثانية يتم توريد بفت كهربائية Electrical pulsation، ويشعر المريض بالتيار الكهربائي عند الضغط على المفتاح بدور انزعاج أو نفور، وذلك من خلال تعديل قوة

اسار. وفي بعض الحالات يكفي مقدار ضعيف من التنبضات الكهربائية، وأحياناً أخرى لا تحصل على التأثيرات المطلوبة إلا بنسبة كهربائية قوي بكمي لإحداث تقلص عضلي قوي في عضلات الساعد.

وفد اتضح في كثير من الحالات أن المريض الذي يشكو من قلق منتشر بكمي إعطائه جرعة كهربائية مقدارها من ٨ - ١٠ نبضات في اندفقة كي يتم إضعاف القلق تدريجياً. ففي خلال ٢٠ دقيقة يمكن إبطال وحدات المواقف القلقية المرصودة على السلم الهرمي من درجة قوة ٦٠ إلى الصفر في بعض الأحيان. بعدئذ، وما إن وصل إلى النية الكهربائي المناسب نبدأ بعملية إزالة التحسس وفي بادئ الأمر يتم تعريض المريض إلى مشهد ضعيف جداً، مرصود على السلم الهرمي لوحدة القلق (تحسناً) مرة أو مرتين، وذلك لتحديد العدد الرقمي لشدة القلق الذي يشير هذه التخيل للموقف. وحالما يصبح المشهد واضحاً في خيال المريض، يشير بإصبعه، وفي هذه اللحظة الحاسمة يوجه العلاج صدمتين كهربائيتين بقوة محددة ومعينة مسبقاً، وبفاصل زمني مقداره ثابته واحدة بين الصدمة الأولى والثانية. وبعد خمس ثوان يطلب إلى المريض أن يتخيل المنظر ثانية، ويرفع العلاج بإصبعه إشعاراً بتخيل المنظر جيداً، فيعرضه للمعالج إلى صدمتين أخريين كما ذكرنا. وبعد سلسلة من ٥ - ٢٠ تعريضاً مقروناً بصدمات كهربائية من هذا القبيل، يتم تعرف رد فعله التخفوي بعد التعريضات المتلاحقة من التخيل المقرون بالنبضات الكهربائية في ساعده ثم يلي ذلك تعريضه للمنظر التحليلي بدون توجهه بنبضات كهربائية لمعرفة درجة روال خوفه من المنظر.

وفد عالج ولبي امرأة تشكو من زهاب قيادة السيارة بمفردها فعندما عولجت بأسلوب إزالة التحسس المنهجي أصابت تحسناً واضحاً



وثانياً ولكن بصورة بطيئة، إلى أن تمكنت من قيادة السيارة بمفردها ثلاثة أرباع الميل بدون الشعور بأي ارتعاج، إلا أنها تعرضت لحدث سبب لها الارتعاج على بعد نصف ميل من منزلها فانتكست.

إدراك فؤاد ولبي تدهل العلاج بإزالة التحسس بتقنية الشريط الخارجي. وعندما وجد أن توجيه تيار كهربائي خفيف الشدة لم يكن فعالاً في إزاحة خوفها من قيادة السيارة، رفع قوة الصدمة إلى درجة كافية نسب لها تقلص عضلة الساعد بينما كانت تخيل ذاتها في مكان محرج مزعج على بعد نصف ميل من منزلها، الأمر الذي أصعب قلقها. رجع تكرار تخيل المنظر ٢٠ مرة وتوجيه صدمة كهربائية، تناقص قلقها إلى درجة الصفر. ثم عمداً إلى تكرار هذا الأسلوب بالسبب إلى ثلاثة أرباع السبل الباعثة فتحررت من القلق. وتطبيق هذه التقنية أعطى نتائج أسرع من تقنية إزالة التحسس المنهجية الكلاسيكية.

#### (٤) الاستجابات المثيرة بالتخيل المُصنَّع بواسطة الكلام

يمكن أن نخلق مثل هذه الاستجابات المثبطة للقلق والمحاويف ثلاث طرائق: التخيل العاطفي *Emotive Imagery*، والمضغ المتناثر *Induced Anger*، والإيحاء المباشر *Direct Suggestion*.

#### أ - التخيل الانفعالي أو العاطفي

أول من ابتدع هذه الطريقة لازاروس وأبراموريتش (١٩٦٢) وتتمحور بعرض المبهات الهرمية المتسلسلة على المريض في موقف تخيلي تثير فيه العناصر الأخرى استجابات معاكسة للقلق. وتوضيح ذلك نصرت الحالة العلاجية كمثال:

عالج العالمان مريضاً يبلغ من العمر ١٢ سنة ويخاف من الطلام.

و كانت الغرفة التي سام فيها مع والدته تصواء بهور خافت، تستند الظلم وسين للعالمين أن الولد يحاف بصورة خاصة من الحمام، فلا يجتزئ على دخول إلا بصحبة أحد أفراد أسرته. وفشلت تمارين التدريب على الاسترخاء في إصماف خوفه وكان الولد مولعاً بمسكس إب عيس! مسلس سورمان، ومسلس آخر اسمه "كابتن سلفر". فطُلب إليه أن يتحيل أن الرجل سورمان وكابتن سلفر عتناه عملاً سريعاً لهم. وجرى الملاح على الصورة التالية:

قال له الملاح. الآن أرفع في أن تخلص عيتك<sup>(١)</sup> وتحيل أنك نجلس في غرفة الطعام مع والدتك والدتك. إن الوقت في الليل وها أنت تنلفى إشارة من مدياع مربوط في مفصلك أن الرجل السورمان يظييك، وعليت أن نهصر وتوجه إلى غرفة الجلوس لأن مهتك سرية ولا يجب أن يعرفها أحد. هناك ضياء خافت صادر من الدخاير يصيء العرفة بدلاً الان تحيل أنك تجلس مع السورمان والكابتن سلفر وحدكم في عرفة الجلوس. تخيل ذلك بوصوح تام إذا كان هذا التخيل يزعجك ارفع يدك اليمنى.

ومع الاستمرار في عرض هذا التسلسل للمشهد النحبي حتى نهايته، على الطفل أن يكون مطلق الحرية في إعطاء إشارة كلما شعر بالحبوب، فبعد حين تعريضة تحلياً للمشهد الذي يلقفه مراراً وتكراراً، بطريقة تأكيدية، أو بتعديله ليكون أقل إثارة للتهديد. وفي نهاية الجلسة الثالثة تمكن الولد من تحيل أنه موجود بمفرده في الحمام المظلم الخالي

(١) سزبد من الشرح واجمع كتاب الملاح النفسي بقوة التخيل، تأليف د. محمد حجار، إصدار دار النشر للمركز العربي للدراسات الأمية والتدريب في الرباهي

من أي إصابة بانتظار تلقي تعليمات من السوبرمار، وبذلك أدرك تدبير سلوكه التحويي.

وانصح بعد متابعة علاجية دامت أحد عشر شهراً أن ما حصله البرلد من نجاح علاجي لسر على حاله من غير ضعف أو انكسار. وقد استخدمت هذه التقنية مع الكبار. فطلب على سبيل المثال من رجل يشكو من رهاب المطاعم أن يتحول ذاته وهو يجلس في المسرح (في الصف الخلفي في بادئ الأمر) يشاهد مشهداً استعراضياً سائياً عارياً. فثبتت الإثارة الجديدة العسية استجابة الفلتر الصحيحة، وكان هذا التثبيت للفلتر من الأماكن المعقدة البداية لبرنامج إزالة الإشرط التحويي.

#### ب - العصب المُشَنَّن

ابتدع هذا الأسلوب غولدشتاين، وسرير، ورياح (١٩٧٠). وكان ناجحاً فعلاً في ست حالات من أصل عشر. ويقوم هذا الأسلوب على فرد التحيل المثير للعصب من قبل المريض (المترديد وسفوك اعطي وحركي) مع المشاهد المحيلة المثيرة للخوف (أو المبهات الخفيفة في غرفة العلاج). وفيما بعد يستخدم المريض الصور التخيلية لإثارة عصبه بصورة متزامنة مع مواقف الحياة الحقيقية المثيرة لخوفه والتي تصدده سقائياً. والحكمة في هذا القرن بين العصب والخوف في هذا النوع من العلاج أن المريض يصبح فضوياً وليس خائفاً. فالمريض بهذا الموقف يصبح غير مُصمٍ ولا مكترث بالمبهات المزعجة. وهذا ما يدعم وجهة النظر القائلة إن العمليات الجوفرية هي في إشرط كَثَ استجابات لخوف نحو امبهات الخارجية.

#### ج - الإيحاء المباشر

وصف لنا روبين (Rubin ١٩٧٢) شكلاً آخر من إزالة شحس

يقوم على أسس استنارة استجابات متنوعة غالباً ما تتضمن حيز حالة استرخاء بواسطة إبعاء لفظي قوي. فالاستجابات الإيحائية المعاكسة للقلق هي السمة الأساسية لهذه التقنية. وقدوة هذه التقنية في التطبيق على الشكل التالي:

يطلب روبين من المتعالج ألا يتخيل المنظر المطلوب إلا بعد إعطائه إشارة. وتعرض المشاهد التحيلية على المتعالج بدون التقيد بتسلسلها ومراتبها على السلم الهرمي، إلا أن المشهد الأصعب إثارة للقلق هو الذي يُتقن إذا تصح أن المشهد الآخر بدا مزعجاً جداً. وفهم هذه التقنية في التطبيق من خلال سياق الحالة التالية

امرأة عمرها ٣٦ سنة تشكو من ردود فعل إشراطية نحو موافق محتفظة، ومن ضمنها الجلوس على طاولة العشاء، ووضع مواد التحمل على وجهها، وقيامها بالعمل، والذهاب إلى صالات التجميل (محاوٍ متعددة). وقد تشعب هذه المخاوف وانتشرت خلال سنتين عندما صارت أسيرة رجلك يديها بينما كانت تناول القهوة في المطعم، لحظة سمرت تشج أصابعها في رقبتها من المنطقة الخلفية للفحصة.

وتعذر الإشارة إلى أن والفتها أصيبت بسكتة دماغية قبل خمس سنوات، نجم عنها حدوث حُبه كلام Aphasia. تربطت المربضة بين تشنج رقبتها والسكتة الدماغية، وأصبحت متحيرة من إصابتها بما أصاب أمها.

وليك ما قال لها روبين بعد أن أوضح لها أن الإشرطيات المشتبهة لتلاحقة حدثت لها بفعل خبرة القلق الأولى، أي الحروف من تشنج لرقبة، وتأثيراتها الحافظة لهذا التشنج يربطه بمرض والدتها:

«الآن سأصف لك سلسلة من المشاهد. عليك أن تتصني ما نعام إلى ما أصعبه لك، ولكن لا تحاولي أن تتحيلي أي شيء إلى أن أعطيك الإشارة بذلك بالعدّ حتى الرقم ثلاثة. وعند التخيل عليك رفع أصبعك، وحفظ الأصبع عند إنجاز التخيل.

أول مشهد أوجب أن تتحليه هو أثناء جلوسك إلى الطاولة في المطبخ لتناول طعامك. لقد أعددت طعاماً شهياً وأنت متفورة جوعاً. وعندما جلست لتناولي اللحم الشهي شعرت بالراحة وبمشاعر سارة في الاستمتاع بالطعام اللذيذ وبالاسترخاء. أنت الآن غير خائفة، وغير مهتمة بأي قلق. قد تشعرين ببعض الأكم والانزعاج خلف رقبتك وفي رأسك ومع ذلك لا تأبهين كثيراً لهذا الأكم. إنك في حالة جيدة. إنها لمشاعر سارة حقاً جداً الجلوس إلى الطاولة لتناول الطعام اللذيذ، والاستمتاع بالاسترخاء.

عندما أعدّ حتى العدد ثلاثة لمدتي بالتخيل وافرعي أصبعك اليسرى بشعاراً بدء التخيل. لا تخفزي أصبعك إلا إذا انتهى التحيل فلفي نصف لك

وطالما أن المريضة تشير إلى تخيل مرضي، فإن الوصف التحلي المنطبي. الذي ذكرنا نبذة عنه بفرض الإصباح، بتزايد وشمق بالصورة المريضة الاسترخائية الموحية بالاطمئنان، والمعاكسة للقلق. وهذا يحسن ذكر المزيد من المشاهد الوصفية التخيلية المطروحة على المتعاجة والمرتبطة باستخدام مواد التجميل، والخوف من الممل، والخوف من زبارة بيوت الآخرين وتناول الطعام فيها، وأيضاً تناول الطعام في المطاعم وغير ذلك من المواقف التي تثير القلق.

«أنت تنهين إلى صالون التجميل، أنت متألقة مع المكان، تدخلين إلى مشعرين بمشاعر الاسترخاء الكبير والراحة المحمّة أنا أعرف عندما أذهب إلى المحلاق أنها فرصة لي لأسترحي، وفي أكثر الأحيان أشعر بالوس، وفي بعض الأوقات قد أشعر بالألم في رأسي عهد إن حدث لا يزعجني ولا يخيفني وهذا بالضبط ما أشعر به.

الآن عندما أعطيك الإشارة المناسبة، أرحب في أن تتحيلي ما وصفته لك في صالون الحلاقة. تشعرين بالألم في رأسك ورفقتك ولكن هذا لا يقلقك أو يزعجك ولا يزعجك للكنة الدماغية».

شاهد المعالج هذه المريضة أربع مرات، وقد تحسنت حالتها تحسناً ملحوظاً وتمكنت من العودة إلى ممارسة عملها.

١١- النموذج الكلاسيكي للعلاج التنويعي الذي يقوم على الإيحاء المُضعف للأعراض، والذي يعتمد اعتماداً كبيراً على الإيحاء بعد السوم هو طريق مضلل لا يوصل إلى تبديل السلوك، لذا فإن تعية روبن انبي ذكرها طرحت الاستجابات الإيحائية المباشرة المناهضة لاستجابات افنق

#### د - استجابات النشاط الدني المعاكسة للقلق

يقصد بها إزالة التحسس من القلق من خلال ممارسة انشاطات البدنية كالقراءة مثلاً، أو الحركات والتفريجات الشرقية مثل البكراتيه وغيرها. وقد وجد فارمر Farmer ورايت Wright أن النشاط العضلي الممارس بداته يمكن استغلاله واستثماره لإزالة القلق، كما سري في المثال التطبيقي التالي.

مريض يعاني من القلق لمراقبته القائمة لضربات قلبه، ولم ينجح

مع العلاج الكلاسيكي بإزالة التحسس، كما فشلت تقنية التثبيط الخارجي في إزالة هذا القلق، فلهذا المعالج إلى وصف القراءة له، فتنحست حالته في إزالة خروجه من ضربات قلبه.

وهناك طريقة أخرى تدخل في هذا التصنيف هي إزالة احتباس الهواء في الرئة التي ابتدها أوروين Orwin (١٩٧١). ويطلب إلى المتعالج حبس الهواء في صدره بالقدر الذي يتحمله إلى الحد الذي يعطيه خلاله إشارة بإصبعه إلى المتعالج مبيناً أنه لم يعد قادراً على الاستمرار. في هذه اللحظة بالذات يُعرض على المتعالج المنبه المخوف الواجب أن يتخلله (أي قرن الامرغاج من حس الهواء مع العنصر المخوف)، ثم يستبد المتعالج بعدها نفسه الطبيعي عضيقة التنفس والانزعاج بحاكس عصر القلق فيقطعته أو يضعفه (أي معاكسة القلق الأصلي بمرغاج مصاد أخرى منه) وأعادنا أوروين أنه علاج بهذه الطريقة ستة مرضى يشكون من رهاب عاشوه طوال حياتهم، فتمحروا منه بسرعة مثل رهاب العاكس وغيره.

#### د - التنشط الفارماكولوجي للقلق بواسطة الغاز

إن المعالجة القوية المضادة للقلق لمريخ الأكسجين مع ثاني أكسيد النعجم أصبحت تقنية موثوق بها في التعامل مع عادات قلق نوعية

وأعادنا فيليبوت Philpott (١٩٦٧) أنه تمكن من إزالة التحسس لمواقف قلق رُبِت ترتباً هرمياً من خلال عرض هذه المواقف تدريجياً على المريض تعريضاً متزامناً مع استنشاق المريض لمريخ هذا الغاز الذي يحدث له درجة متوسطة من فرط التهوية الرئوية لمدة ثوان (تثبيط الحوف باستجابة انزعاجية)، وحصل ولبي على نتائج مرضية في تطبيقه الواسع لهذه التقنية في علاج اضطرابات القلق عموماً.

## (٥) الطرق التي تستخدم المنبهات الحقيقية المثيرة للقلق

عندما لا يمتلك المريض القدرة على التحلية المناسبة لإحصاءهم إلى تقنية إزالة التحسس المنهجي، فلا بد والحالة هذه من تعريضهم إلى المواقف المثيرة للخوف كما يبدو في الحياة، أو تعريضهم لصور (أفلام) تمثل هذه المواقف، أو الطلب إليهم تقليد سلوكيات نموذجية مناهضة للخوف ينمذما أحد الأشخاص.

سُمي الطريقة الأولى إزالة التحسس بالتعريض الميداني الواقعي *Vivo desensitization*، ويخضع فيها المريض إلى منبهات واقعية متدرجة القوة في إثارة القلق، وهي مماثلة في التطبيق والتكيف لأسلوب إزالة التحسس المنهجي بالتخيل. والطريقة الثانية نسبها محاكاة أو تقليد أسلوب نموذجي *Modelling*، ويقلد فيها المريض سلوك شخص لا يخاف من الموقف الذي يخاف منه المريض.

وهي تطبيق إزالة التحسس الميداني لا بد للمريض، الذي سبق ونمت إزالة خوفه عن طريق التخيل، من تعزيز إزالة الخوف بتعريضه ميدانياً إلى الخوف كما يبدو في الحياة. فالشخص الذي يخاف بده الباردة على سبيل المثال، تطلب أن يقود ميارته إلى المصافة التي تمت إزالة الخوف منها عن طريق تخيل هذه المصافة.

ويبين لنا فريمان *Freeman* حالة شابة تخاف من القطة. طُلب إليها أن تمسك قطعاً مماثلة للون قراء القطة. ثم عرضها إلى صور القطة، وتلى ذلك تعريضها لقطط مصنوعة (اللعاب)، وأخيراً عرضها إلى مصدر القطة، ونقلها فيما بعد إلى قطة كبيرة، فأزال خوفها من القطة بهذا التدرج التعريضي (لاحظ التدرج التعريضي الميداني المماثل لتعريض التخيلي المتدرج).



ومي تقنية المحاكاة، يعوم فرد ما بالتعامل مع موقف بحاف منه المريض (وليكن قطة أو أفعى أو كلاً) يعمل الأخير على مراقبة سلوك الأول وتعيد ما يفعله وبذلك تضعف مخاوفه .

مثالنا على ذلك الولد الذي يخاف من عيادة طبيب الأسنان ، حيث يعالج الطبيب على الكرسي ولداً عادياً لا يبدي استجابة تعوفية عند المعالجة (ولا سيما حفر الضرس) ، ثم يطلبه إلى الولد الذي يخاف العلاج ويشهد معالجة الولد الأول ، أد يفله سلوكه حينما يقعد على كرسي المعالجة ويمكن أيضاً تطبيق هذه التقنية عن طريق التخييل (راجع كتاب العلاج النفسي الذاتي بقوة التخييل تأليف محمد حمجار بإصدار المركز العربي للدراسات الأسية والتدريب حيث نجد أمثلة كثيرة جداً من تطبيق هذه التقنية) .



## الأساليب التي تتضمن إثارة القلق الشديد

من المعروف أن استراتيجيات إزالة التحسس المنهجية تثير استجابات تخوفية ضعيفة يمكن مناعتها بالأساليب التي ذكرناها. أما الأساليب التي تثير القلق الشديد فهي على عكس الأولى حيث يتم فيها إثارة القلق الشديد، والعمل على تثبيطه باستجابات مماكسة.

معدً من هذه الأساليب.

- التنفيس الانفعالي Olfraction الذي يتم فيه تحريض الاستجابات الانفعالية المرافقة المخوفة بتفكيرها وإدخالها إلى ساحة الوعي (الإنشراطات العصبية)

- الإغراق Flooding، وفي هذه التقنية يتم تحريض القلق الشديد إما بحلياً أو واقعياً كما يبدو من خلال تعريض المريض له

تتسم استراتيجيات الإغراق إلى العلاج السلوكي لأنها تبدل السلوك المضطرب من خلال إثارة منبهاته. أما التنفيس فلا يعتبر من الساحة العملية تقنية علاجية سلوكية، لأنها تُعد بمثابة تعريض للمحتويات الراضة النفسية المكبوتة، ولا يمكن التنبؤ بنتائجه ولا بتأثيره رغم أن الإغراق والتنفيس ينفذان بالإجراءات ذاتها.

## ١ - التنفيس الانفعالي

هو عبارة عن إثارة لنفعال قوي مكبوت مصحوب بحركة حرك راضة  
مما يصبى قوياً

- وينبع بمعنى عمليات التنفيس تبدلات علاجية ، فيما البعض الآخر  
منها لا يترتب عليها ذلك ، هذا إذا لم ترد من سوء حالة المريض ، لذلك لا  
يمكن ضمان نتائج هذه التقنية ، نظراً لأنها امتجاعات فردية تختلف من فرد  
إلى آخر ، ولا يعرف من الذي يستفيد ومن الذي يتسوء حاله . والفائدة  
العلاجية لا تحدث من خلال تذلل الخبرات الراسية كما كان يظن في  
السابق ، ولكن من خلال العلاقة النفسية العلاجية القائمة بين المعالج  
والمعالج اللذين يتعدان التقنية في مكان آمن . وأحياناً يحدث التنفيس  
ملقائياً من خلال تطبيق عملية إزالة التحسس المنهجية .

## ٢ - تقنية الإغراق

ذكرت أول تجربة أصابت نجاحاً بواسطة هذه التقنية في كتاب اسمه  
"تجارب حديثة في علم النفس" للعلامة كرايتش ورفاقه عام ١٩٣٨ ،  
أجراها طلب لم يذكر اسمه . وهذه التجربة هي التالية :

مريضة شابة كانت تحاف ركوب الحافلات إلا هي الطرق المألوفة  
المعروفة ، كما كانت تصاب بالضييق والكرب الشديد والخوف عندما تعبر  
الأنفاق والجسور .

وفي أحد الأيام أمرها طبيبها (و هو طبيب بشري) أن تركب البارة  
من بيتها إلى مكتبه الواقع في مدينة نيويورك . كانت المسافة حوالي ٥٠  
ميلاً والطريق ذاته يمر عبر جسور وأنفاق طويلة . وصباح اليوم الذي  
ركبت فيه البارة كانت في حالة جرع مع شعور بالغثاس والنعيب . واستمر

الرب اندي فتاها خلال سيرها في الطريق، ولكنه أخذ يتلاشى ويضعف كلما اقتربت من عياده طبيها. وفي عودتها إلى دارها كانت الرحلة أقل إثارة لحوها بل بدون اضطراب اتفالي. ومن خلال تكرار رحلتها المكوكية من دارها إلى عيادة الطبيب وبالعكس بدأ سفرها مريحاً وبدون خوف.

فالتعرض المستمر كان البب في إطفاء هذا الرهاب  
وكما ذكرنا يكون التعرض تخلياً أو ميدانياً أو الاثنين معاً

إن المريض الذي يخاف من الرسوب في الامتحانات للعديد من الأسباب نطلب إليه أن يذكر هذه الأسباب، ثم يجلس ويتخيلها بأعلى صبرتها وسلبتها، ومع تكراره لهذه التخييلات السلبية التعريضة، يرى أن خوفه من الامتحان قد ضعف إلى حد كبير. ويسمى متاعل هذه الصبة «التخير الدخلي» Impulsive ويعلل هذا الإطفاء للخوف أن المريض إذا ما تعرض للمخاح وإصرار إلى مواقف الصبة المثير للقلق الإشرطي، مع عدم تعزيز القلق بعينه غير إشرطي، فإن استجابة القلق سيصيبها الإطفاء

ولسحب الاحتمال الطبي للتعريض القوي قد يزداد فيه الحوف معمل ارتباطه بمسببات غير إفراطية، فإن الحكمة تقضي استخدام المنهات المتوسطة المثيرة للشد فقط، عند تعرض المريض لمدة طويلة سياً ويتم استمرار التعرض للمنبهات حتى تظهر بنة على تضاؤل القلق بوجودها، حيث تبرهن التجربة على أن التعرض الإحريقي أنتج شبطاً مضاداً لاستجابة القلق. فإذا صدف وتمَّ إبعاد الصبة المثير للقلق إبعاداً مبكراً حيث لم يتوافر الوقت حتى تظهر الصلبة المثبطة للقلق، فإن تداصل القلق الذي يلي إبعاد الصبة المثير للقلق من شأنه تعزيز القلق عادة. ومثل

هذا التمرير الناقص للمنه هو السبب الرئيسي في ظهور مقاومة في وجه إطفاء العادات المصيبة عند الإنسان والحيوان على السواء (ولي ١٩٥٨) والمثال التالي يوضح تقنية التعرض المتوسط الشدة، مبياً أنها الأكثر نجاحاً ونجاحاً في عملية الإعراق:

امرأة تشكو من رهاب شديد عزم من الطيور الميتة ومن الخفافيش. لم تنجح معها تقنية التعريض الإهراق التخليجي كثيراً، لأنها لم تُثر درجة القلق إلى المستوى المطلوب، فقرر المعالج وبالاتفاق معها تطبيق الإهراق الميداني الواقعي.

جلست المريضة على الكرسي، وأخذت عين من دمها قبل إجراء التجربة العلاجية لمعرفة الخط القاعدي لمستوى الكورتيزول لمدة ساعتين (وريد معنوح لأحد العيادات). وخلال ذلك أحضر طائران ميان يحملان مواصفات تحريض الخوف لدى المريضة (طير أسود اللون، وآخر دبال شيه بالحجل).

ثم أعلمت المريضة أن الطائر الأسود سيتم جلبه، وأعطيت وصفاً لعلياً حياً لشكله، فأحدث لها هذا الوصف قلقاً، ولكنه لم يصل إلى مستوى الحرج. ثم طلب إليها المعالج أن تغمض عينيها أثناء إحصار الطير الأسود الميت المدلى برأسه إلى الأسفل ووضعه على بعد مسحة أقدام منها. ثم أصر المعالج عليها أن تفتح عينيها وتظر إليه، لكنها رفضت وبعد دقيقتين رفعت الطير بنظرة حافظة، فزعت رعدة عالية وارتعشت، وأعلمت المعالج أنها لم تفتح عينيها ثانية. وبعد أن لاطفها المعالج قبلت أن تفتح عينيها، إلا أن الفرع أصابها مرة ثانية وبدرجة أكبر من المرة الأولى، فأبعد المعالج الطير ووضعه على مسافة عشرة أقدام، وهذا التصرف أعطاها الارتياح المسي، إذ بعد نصف دقيقة فتحت عينيها

وسطرت إلى الطير مدة ثلاث ثوان، ولكنها صرحت وأهترت بعد ذلك  
محت صبتها لفترات أطول، وفي المرة الخامسة تمكنت من أن تثبت  
نظرها على الطير وتتمتع فيه بدون إغلاق عينيها ثم قرب المعالج  
المسافة وطلب إليها أن تتعامل مع الطير بمثل ما تعاملت معه في المرة  
السابقة، إلى أن وصلت المسافة إلى أقرب نقطة، حيث وضعت يدها على  
الطير في نهاية الأمر. ومن خلال مقارنة عينات الكورتيكوزول المأخوذة  
انضح رجوع مستوى الكورتيكوزول إلى النمط القاعدي السابق الذي يؤكد  
انطفاء الخوف.

إن التدرج في التمرين مهم جداً من أجل الإصغاء العنصري  
للاستجابة الفائق حتى لا تظهر مقاومة ضد الإطعام والحصول على تبادل  
السلوك المطلوب.

ويحس هنا أن يقيم العلاج الإغراقي بالتالي:

- (١) العلاج الإغراقي هو إضافة مهمة لتقنيات العلاج السلوكي.
- (٢) بالمقارنة مع العلاج المربط للتحسس التخيلي فهو أسلوب مرعح عبر  
سار، قد يترقب عليه توقف المريض عن الاستمرار في العلاج به،  
ولا يصلح لمرضى الربو والقلب، ولكنه أسرع من العلاج المربط  
للتحسس المنهجي التخيلي.
- (٣) يجب ألا يكون العلاج المختار في الصف الأول.
- (٤) في التجارب التي تمت على الحيوانات أعطت تقنية إدالة التحسس  
المنهجي نتائج أفضل من تقنية الإغراق.
- (٥) انضح أن تقنية الإغراق هي أكثر فعالية في علاج رهاب الساح  
Agoraphobia ولكنها أقل فعالية في بعض أنواع الأخرى من  
الرهاب.

(٦) انصح، في دراسات حديثة أجريت، وتصنعت عينة ضبط تجريبي، عدم وجود فروق في المعالجة العلاجية بين تقنية الإغراق وإزالة التحسس المبهجة (Mathew 1974).

(٧) أفضل استطباب لتقنية الإغراق هو علاج القُصَاب اللوساسي - الجبري الذي يتضمن سلوكيات جبرية مثل الخوف من القذارة أو التلوث بالجراثيم.

٣ - العلاج بواسطة السلوك المناقض المعاكس Pardoxiat Intention أو الممارسة السلبية Negative practice.

على غرار تقنية الإغراق تثير هذه التقنية مشروبات عالية من الفلق، ويعود الفضل في انتداعها إلى فيكتور فرانكل (١٩٦٠)

وتقوم هذه النظرية على إثارة السلوك اللاتكيمي بالإرادة (كلمرات العصبية) حيث يجد المريض صعوبة في هذا التصنيع لأعراضه، وبدلاً في الوقت نفسه في موقفه نحو عُصاه.

وتحدث هذه التقنية شفاً سريعاً في بعض الأحيان، وفي أحيان أخرى تتطلب تدريباً متكرراً عدة شهور. ويمكن إيضاح هذه التقنية بالمثل التالي

امرأة تحاف تناول الطعام في المطاعم، لأنها كانت تعتمد إلى التقيل أثناء تناولها الغشاء مع زوجها وأصدقائها، وتخرج من معدنها أكبر مقدار من الطعام فتصحها الممالج أن تعرّض نفسها إلى الموقف الذي تحاف منه. وخلال ستة أشهر تلاشى خوفها من التقيل بعد هذا التعريض الإرادي الذي وُصف لها. واستمر تحررها من الخوف بعد متابعة دامت شهرين

نُستخدم هذه التقنية أكثر ما تُستخدم من قبل الممالجين السوكيين



في علاج الأرق واضطرابات النوم (Asher 1978)، ويلجأ إليها عادة،  
عندما يفشل الطرق الأخرى

ولقد ذكرنا أن المزامات العصبية وتل للشعر تعالج بهذه الطريقة. وفي  
اضطرابات النوم يلجأ المريض إلى إثارة المنبهات التي تحلق الأرق عنه.  
والشيء نفسه ينطبق على الأعصاب الوديعة.



### طرق الإشراف الإجرائي

#### Operant Conditioning Methods

هناك عملية تعلم واحدة فقط، والتعبير بين الإشراف الإجرائي والاستجابي Respondent ليس في طبيعة الإشراف بل في كون الأول غير إرادي، أي أنه صادر عن الجملة العصبية الإغائية بينما الثاني سمي حركي وبعض الاستجابات المعرفية يمكن أن تركز بالإثبات الخارجية (Cautella 1970).

وتنحصر بعض استجابات الجملة العصبية الإغائية لتفسيره بالمكافآت (Miller 1966)، إلا أن المقاومة التي تبديها استجابات امتنع العصبية إزاء الإطفاء تُعزى إلى التعزيز السلبي بالدرجة الأولى والطرق الإجرائية المستخدمة في الممارسة الأكاديمية مسرحة من تجارب العلامة سكينر ورفاقه.

إلا أننا لا نرى تطبيقات سكينر بوضوح في علاج العصبوبات النفسية ذلك لأن العصبوبات هي عادات، مصدرها الجملة العصبية الإغائية، بما

ملاحظ الإشراف الإجرائي للاستجابات الحركية في التدريب على تأكيد الداب .

وهناك العديد من العادات اللاشكسية عند مرضى العصاب النفسي حيث تكون أساليب العلاج الإجرائي (العقاب والمكافأة) أساسية . مثال على ذلك العلاقات الشخصية Interpersonal (ضبط سلوك الأولاد العدوانية)، وكذلك عادات قضم الأظافر ونفث الشعر، ومضغ الأصبع، والنباطز المزمس في الأداء، والميل نحو الشرود الذهني عند أداء العمل، والاشغافات السلوكية عموماً . وسوف نذكر هنا على ذكر طرق إشرافية ثلاث هي: التعزيز الإيجابي، التعزيز السلبي، الإطفاء

### أولاً: التعزيز الإيجابي

معهم من معنى التعزيز الإيجابي أنه حالة من الأعمال تليها استجابة، ونستخدم عملية زيادة معدل الاستجابة، ويمكن تسميته بالمعزز Reinforcer . فالمكافأة تسمى معززاً، كذلك الطعام، والعناء، والحر، والمال، والبطرة، والقبول، والمحبة، جميع هذه المنبهات تدرج في إطار معززات إجرائية عندما تزيد من قوة الاستجابة في موقف فيه (إنشاداً) معين

ويشتهر العلامة هوام Homme (١٩٦٥)، أن المعززات تشمل سلوكيات الاحتمالات والتوقعات القوية عند الفرد . ففوق التعزيزات تبدأ من النقاط المحبوبة من قبل الحمام الزاحل إلى أكثر تعقيدات السلوك البشري .

وفي ميدان تعديل السلوك العلاجي، سبق وذكرنا أن السلوك الحركي لتأكيد الذات يتمزج بنتائج الإنجازات، أي بالإنجاز الذي يحرزه

## التمالج في علاقاته الشخصية، وفيما بعد بقبول المعالج

إن الأمثلة العلاجية البسيطة على أهمية التحرير محلها في المشكلات السلوكية وفي الكتب التربوية التي تعالج أساليب ضبط السلوك الطائش عند الأولاد من قبل الآباء<sup>(١)</sup>

وقد تناولت معظم الدراسات الأولية مرضى الفصام المزمع في تعزيز السلوك الإيجابي، ونحن نعلم أن مرض الفصام لا يُشفى. إلا أن مبدأ تبديل بعض العادات عند هؤلاء يمكن تنميته بواسطة تعزيز الاستجابات الإيجابية المبدلة للعادات.

ونورد هنا ما ياديّن الحالات التي يستخدم فيها التحرير الإيجابي

١ - مرامح التعزيز الإيجابي للسلوكيات المطلوبة عند الذهانس

٢ - علاج القمه العصبي (فقدان الشهية النفسي المسمى Anorexia nervosa وهو اضطراب عصبي) بالتعزيز الإيجابي.

عالج كل من باشراس وموهر (١٩٦٥) امرأة عمرها ٢٧ سنة انحصص وديها إلى ٤٧ رطلاً إنكليزياً نتيجة امتناعها عن تناول الطعام. عم جميع المعدلحات الطبية الدوائية التي وصفت لها.

ولأهداف العلاج السلوكي، تم نقلها من عرتها الجميلة في المستشفى إلى مكان متواضع يتألف أثاثه من سرير، وكرسي، وطاولة عليها مصباح كهربائي، وكان يتعين على كل واحد من المعالجين الثلاثة أن يتناول معها وجبة طعام واحدة يومياً. وقد تضمن مرامح التحرير،

---

(١) راجع كتاب: كيف تمالج مناهك من سلوك ولدك، تأليف د. محمد حجار، إصدار دار طلائع للنشر عام ١٩٩٠ م.

التعزيز الكلامي للحركات المصاحبة للطعام. وعندما كانت المريضة تحرك شوكة الطعام التي يدها نحو لقمه الطعام لالتقاطها، كان المعالج يتكلم معها بأمرٍ تسريعي الانتباه (مشتت انتباهها فلا تتركه على الطعام) وكانت الاستجابة المطلوبة لاستئارة هذه المحادثة تنامي لتجعلها تضع الطعام في فمها وتمصعه وتبتلعه.

وطبق برنامج مماثل هدفه رفع وتيرة احتياجاتها المتزايدة لمقادير الطعام التي استهلكتها. ففي بداية الأمر كان أي مقدار من الطعام تتولاه يعتبر أساساً لتعزيز لاحق (مدياع، جهاز تلامز يُجلب أحدهما من قبل الممرضة بناء على طلب المعالج). فإذا امتنعت المريضة عن لمس الطعام أمام المعالج فلا نحصل على أي تعزيز حتى للوجبة التالية. وكلما ازداد ثارها للطعام كانت تتلقى تبعاً لذلك التعزيز (المكافآت) إلى أن نأبي على كمل الوجبة المحددة لها. وبعد شهرين زاد وزنها مقدار ١٤ رطلاً وخرجت من المستشفى لتعالج معالجة جولة Out patient خارج المستشفى، واستمر إمدادها بالتعزيز الإيجابي في دارها بالتعاون مع أسرته. وبعد مدة ١٨ شهراً وصل وزنها إلى ٨٨ رطلاً إنكليزياً.

هناك العديد من الحالات المماثلة تمّ علاجها بالتعزيز الإيجابي (برنامج مكافآت) ولكن بدون إجراء التحليل السلوكي (وهذا أمر مهم في كل علاج سلوكي) فكان مصيها القشل فالمعالج السلوكي الحق الساجع هو الذي لديه الإلمام واسع، وفهم تام بتقنيات الإشراف، وعليه أن يعرف تركيب المنبه - الاستجابة (وهذا مهم جداً).

٣ - رغم أن برامج الإشراف الإحرائي ليس لها دور كبير في علاج المخاوف اللائكية، إلا أنها تكون أحياناً ملائمة بالسبة إلى أولئك الذين يعانون من سلوك تجنبي فيرماني يبي؛ مثل مخاوف المدرسة.

٤ - يُستخدَم الإشراف الإجرائي، كما ذكرنا، على نطاق واسع في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال. كما أن بعض المشكلات العصبية حازت على اهتمام كبير في علاجها بالطرق الإشرافية الإجرائية مثل السلس البولي عند الأطفال. فالطفل الذي يتناول كميات كبيرة من السوائل بدون فيود يتم إثابته بالحلوى، أو شيء يرضه، إذا أمسك من قبله لعدد متزايدة.

ففي البداية يكافأ إذا ما أمسك نفسه عن التبول لمدة خمس دقائق بعد أن يبلغ عن حاجته للتبول، ومن ثم تطوّل المدة في الكفّ عن التبول كفاً متزايداً ومن المعروف أن الكفّ عن التبول (جس البول في المانة) يتشكل بالتمريض الإيجابي. وقد نجحت هذه الطريقة في شفاء ثلاث حالات سلس بولي ليلي خلال أسبوع واحد. وتعالج مشكلة التبول في الألبسة عند الأطفال (سلس الغائط) بالطريقة ذاتها لجعل الفضل يتعوط في المرحاض.

٥ - يُستخدَم الإشراف الإجرائي (الإثابة) أيضاً في علاج الاسماء المفسدة تحبيل الاتصال الجنسي المحرّف بتحويله إلى تحبيل الاتصال بالسرة (ملوكير ١٩٧٠).

ويُعزب إلى المريض أن يجري عملية استمعاء Masturbation إلى أن يصل إلى النقطة التي يشعر فيها بذبذبة Orgasm، وتترك له حرية التخيل بأي شيء لإثارة هذه جسدياً. وما أن يشعر بذبذبة الدفق يقرر تحيله إلى جماع مع امرأة تمّ الاتفاق مع المصالح على تحويلها (قرن اندفق ولدته العارمة بالمرأة).

ولمعت نظر المتعالم أنه في بداية الأمر سيواجه صعوبات، إلا أنه

لن يعقد إثارتة الجنسية في ذلك الموقف. وعندما يسجج بالتحول إلى  
 المص الملائم المطلوب (المرأة) لعدة مرات (٤، ٥ مرات)، يُطلب إليه أن  
 يتحلى المص المناسب (المرأة) والبدء بالاستمناء. وهذا يؤخذ من التزام  
 قاطع في نهاية التدريب العلاجي بآلا يستمر بتخيل الأمور غير الملائمة  
 التي كان يتخيلها سابقاً حتى الوصول إلى الدفق، سواء أكان في الاستمناء  
 أم في الجماع الجنسي العملي. وكل تناقص في الإثارة الجنسية في تحول  
 التحيلي يُعد إشارة إلى أن المتعالج قد تبادل التخييلات بسرعة، لذا يطلب  
 إليه المعالج العودة إلى تخيلاته الأصلية فلا يتحول إلى التحيل الجديد  
 المطلوب (المرأة) إلا بعد أن يكون في ذروة الإثارة الجنسية.

من أصل ١٥ حالة من هذا القبيل عالجها ماركيس Marquis، سُفي  
 حمسه أفراد، وتحسّن سبعة منهم تحسناً ملحوظاً

٦ - إن التطبيقات الاستكشافية السائرة لتقنيات الإشراف الإحراري  
 في سلوك الانحراف (نابيلور ١٩٦٥) أعطت نتائج مشجعة فقد عالج  
 نابيلور ٤٠ مريضاً منحرفاً بالأساليب الإشرافية التعزيزية وبعد متابعة  
 دامت ثلاث سنوات لعشرين منهم كشفت عن تفاؤل مهم في تكرار  
 حرالمهم وشدتها بالمقارنة مع عينة ضابطة تجريبية لم تخضع للعلاج  
 وتمكن نابيلور ورفيقه من إضعاف سلوك تحريمي عند ولد منحرف عمره  
 ١٣ سنة، وذلك بعرضه عندما يُقدّم على سلوك مضاد للمجتمع، وإثبات عند  
 إبداء سلوك اجتماعي مقبول

ويطالعنا توماس (١٩٦٨) بالقواعد الناعمة لفعالية التعزيز الإيجابي  
 التالية:

أ - الاستجابة المراد تعزيزها يجب أن تولد أولاً وثثاً، وإلا فإن التعزيز  
 يكون مشحلاً



- ب - يجب ألا يتأخر التعزيز (أي إثابة السلوك المراد تعريبه)، فكلما كان التعريب سريعاً وفورياً كان التعريب ناجحاً
- ج - التعريب لأي استجابة مرغوبة تمت إثارتها هو الأكثر فعالية في ترسيخ السلوك المرغوب.
- د - المعززات الملائمة لسلوك معين عند فرد ما ربما لا تكون بالضرورة مناسبة عند فرد آخر.

ثانياً. التعزيز الإيجابي الخفي أو المستتر

### Covert positive reinforcement

ابتدع كل من كوتيل وول (١٩٨٠) أسلوباً أسماه «التعزيز لمستتر أو الخفي» في هذا الأسلوب يتم عرض الاستجابة الواجب تعريبها، والمعرب، وذلك بمرض تخيلهما. ويقيد كوتيل أنه استحدث هذه الطريقة نجاح في علاج الرهاب، والوساوس، والفطرية، والبلادة ولهم هذه النقطة شرح التالي.

الخطوة الأولى هي في معرفة المبهات التي تؤدي دور المعززات Reinforcers، ويتم ذلك من خلال استجابات المريض إزاء برنامج يشمل الكثير من المعززات. فكل يد يدي فيه المريض مسره عالية، يتم معايتة بمرض معرفة قدره المريض على تحيله بوضوح كما يستحضره تحيل عدد الطلب، ويتمن على المتعالج أن يكون قادراً على تحيل المعرب المرغوب فيه مدة ٥ ثوان، ليكون هذا المعزز قابلاً للاستخدام. ولعل الحالة العلاجية التالية توضح المقصد:

تشكو مريضة من جبرية النظافة، ومن غس ذلك عادة طي قطع الألسه المرة نلو الأخرى (طقوس جبرية)، وفردا بكل دقة في كل مرة. طبق المعاليج تقنية التعزيز الإيجابي المستتر بالطلب إلى المريضة أن

تجبر نفسها في مواقف متعددة تتخبط في نوعية السلوك، الأول الامتناع عن تكرار هذا السلوك الجبري، وثانياً: إظهار استجابات معاكسة بهذا السلوك.

عندما أعطت المريضة إشارة إلى أنها تخيلت الاستجابة المناسبة، نطق المعالج بصوت عالٍ بكلمة «تعزير» الكلمة التي كانت بمثابة منه Cue بالنسبة إلى المريضة لتحيل الصورة المعززة المحددة مسبقاً؛ مثل المشي في غابة أو تناول طعام شهية تحبه. وبهذا الشكل يعرض المعالج الصورة المعززة عندما تعطي المريضة الإشارة إلى أنها تتخيل وتفكر بالتالي: «أنا لا أهتم إذا كانت الأكلة غير ملساء ولا مكوّنة» أو إذا تخيلت أنها تطوي قطع الثياب المفصولة بسرعة ووضعها مصفوفة حتى لو كانت غير ملساء. بهذه الطريقة القائمة على تخيل السلوكين السابقين الذكر مع إقران كل سلوك بصورة معززة بشكل تخيل سار، نتخلص من هذا السلوك الجبري في ثلثي جلسات علاجية، مدة كل جلسة ساعتان ومعاملة دامت ١٢ شهراً لم نبدأ المريضة أي عودة لتكاسية لسلوكها الجبري.

عالمياً ما ينجح أسلوب التعزير غير المنظور، ولكن عندما نستخدمه لإزالة إشرائط القلق فإن آليته هنا تصبح من نوع الكفّ المعاكس وليس التعزير الإيجابي.

### ثالثاً: التعزير السلبي

يعني التعزير السلبي زيادة قوة الاستجابة من خلال الإزالة الإشرائية لمصدر الانزعاج أو التوتر.

إن استخدام هذه الاستراتيجية يكون أحياناً معقداً، ذلك لأن على المعالج أن يعرض المريض لمصدر الإزعاج بالدرجة الأولى، وهذا ما

يترك عليه أحياناً نتائج معاكسة للعلاج

ويوضح المثال التالي القصد في آلية التعزير السليبي الذي هو من  
حبران العلامة Aylton (١٩٦٣) في علاج امرأة مولمة بجمع عاذ كبير من  
المناشف وتخريبها، حيث تعمد هيئة التعريض إلى أحد هذه المناشف، من  
عرفتها مرين أسبوعياً.

أمر الممارس Aylton هيئة التعريض بإيقاف أخذ المناشف، وإعداد  
المريضة، بصورة منقطعة يومية، منشئة واحدة بدون تعليقات.

فرحت المريضة بهذه السياسة الجديدة، عظمت محروبتها المبريد  
تنظيماً جيداً، بوضع المناشف وتكديسها على الكرسي وطاولة المناشف  
وفيما بعد كدست المناشف على الأرض والسرير وعندما أصبح عدد  
المناشف كبيراً يُعَدُّ بالمئات، عجزت المريضة عن تدبير أمر المنكاس، لأن  
العدد المتزايد من المناشف جعل غرفتها تنبع بالبخار وسوء الرائحة. هذا  
أحدثت المريضة تستجدي هيئة التعريض لإيقاف هذا السيل من المناشف  
لعرفتها، ولكن دون جدوى. وعندما وصل عدد المناشف إلى ٦٠٠  
منشفة، أصبحت تكره أي إضافة جديدة وتنتشر منها. وحسب (١٩٦٣)  
المنشف ٦٢٥ منشفة في غرفتها، حملت المريضة المنشدة الحادة في  
أدائها الممرعة إلى غرفتها ورمتها إلى الخارج لإيقاف هذا السيل من  
المناشف ونظراً إلى أن هذه المنشدة لم تعد تلبية إلى غرفتها، حيث  
التعريض السليبي المطلوب في إهمال جمع المناشف. وفيما بعد  
لمريضة بصورة متعاضدة إلى إزالة المناشف من غرفتها، فتمت  
عمل جلب المناشف إلى غرفتها من قبل الممرضات. وخلال ١٢ شهراً  
لثانية أصبح متوسط عدد المناشف في غرفتها محدوداً منشدة في  
أشهر كرتيلا (١٩٧٠) تقبيلته الخاصة بالثقة به المستقر غير

بالعزير الشبي، وأفاد أنه يمكن تطبيق ذلك على المرضى (أو أشخاص التجربة) الذين يعدون سهولة في إثارة الصور الذهنية أو التحيلات غير السارة، أكثر من تحمل الصور السارة. فإذا ما وجد المريض أنها غير سارة في التكلم عنها بصوت خشن، يُطلب إليه أن يتحلىها (عندما يُعصى إشارة أن الصور أصبحت واضحة في ذهنه) لبدلها بصورة الاستجابة المطلوب تزايدها وهنا يتعين الحذر لضمان قدرة المريض على الانسحاب الفوري من المنبه الكره، بعد الطلب إليه ذلك، وإبدائه بالاستجابة المراد زيادتها وترسيخها. وإذا اتضح بعد عدد من المحاولات وجود تداعيل، يتعين والعدة هذه أن يختار مُبهاً مكرهاً جديداً.

إن هذه النقية واسمة الانتشار في التطبيق. ولقد أوضح كوثيلا أنه حقق نجاحاً علاجياً يقارب ٩٠٪ من الحالات.

#### رابعاً الإطفاء Extinction

معروف الإطفاء أنه الإضعاف المتتالي، أو التكرار المتناقص للاستجابة، وذلك عندما يتم إثارتها إثارة متكررة بدون أن يتبعها أي تعزير

وأول من طبق منه النقية إكلينيكياً (سريرياً) Aylton ومباحثيل (١٩٥٩)، وكان ذلك في علاج امرأة تأيرت على دخول مكتب الممرضات ١٦ مرة يومياً وسطياً لعدة ستين وقد تحلّت الممرضات عن جهودهن الرامية إلى إخراجها إلى قاعة المرضى، نظراً لأن المرأة المريضة ضعيفة العقل ويصعب التماهم معها.

من أجل إطفاء هذه المشكلة السلوكية، أعطيت الممرضات تعليمات بعدم إعطاء المريضة أي تعزير (أي الاهتمام بها) عندما تدخل

عرفتهن وكان من جراء ذلك أن تضاعف تكرار ترددها المعنصر على المكتب الخاص بالمرضات. إذ تناقص التكرار وسطاً إلى مرتين يومياً وذلك في الأسبوع السابع من تطبيق عملية علم التعزير، وهذا انتهى برامح التطبيق المطلوب.

يبين لنا توماس (١٩٦٨) أن مقاومة الإطعام غالباً ما تكون عالية في الحالات الإكلينيكية، لأن الاستجابات تكون موسعة ومستمرة لفترات طويلة بالتميز المنقطع، ولذلك فإن من الأهمية بمكان أن يكون إيقاف التميز نهائياً، فجأة، وبدون أي تدريج.

من تقنيات الإطعام ما نسميه (الممارسة السلبية Negative practice) التي ابتدعها دنلاب Dunlap (١٩٣٢)؛ ويمكن بهذه التقنية التعلم على بعض العادات، مثل الأغلاط المتكررة في الصوب على الآلة الكات، والعزات المعصية Tics، والأتاة Stuttering، وذلك بإقاف المريض بتكرار العادة التي يرغب بإزالتها عدة مرات يومياً. وقد استخدمت هذه التقنية على نطاق واسع في علاج العزات المعصية (جور ١٩٦٠، وانتون ١٩٦٤).

وتعطي هذه التقنية نمارها العلاجية يجب إثارة الاستجابة عبر المرغوبة إلى نقطة الإعياء؛ إذ لا بد من إحداث دوجه عالية من الكف الارتكاسي Reactive inhibition، وإلا تكون قد عززنا البدة المعصية، وخاصة إذا كانت بلا أعراض عند البدء بالتدريب الإطعامي وعموماً فإن هذه التقنية مُجهدة في التطبيق بالنسبة إلى المتعالج، وتستغرق وقتاً، ويرى كونداس (١٩٦٥) أن تبديلاً سريعاً وكثيراً يمكن الوصول إليه إذا ما تم مرج الممارسة السلبية مع الإشراف المزيل للقلق.

ففي وقت تكرار المريض لإجراء المرة المعصية إرادياً، يمرض إلى

صدمة كهربائية غير سارة تعرضاً مستمراً، ولا توقف إلا بعد إيقاف تنالي  
العمة إيقاناً مترامناً، فتعطي تمزيقاً سليماً يعلم تكرارها، (أي العمة)

في المسين الأخيرة أنجر ناثان أزرين Nathan Azrin العديد من  
البرامج المتمحورة حول إزالة العادات غير المرغوب فيها، المستندة إلى  
تقنية «عكس العادة» أو قلبها «Habit reversal». والطليحي في هذه البرامج  
هر نابلور (١٩٦٣) في علاجه لسلوك جبيري في نكث شعر الحجاب،  
وأيضاً كان لجوزيف وليي باغ كبير في هذه التقنية العلاجية بعلاج سلوك  
المحاكاة أو التقليد الجبري Compulsive mimicry. فالعادات التي  
عويجت بهذه التقنية شملت السلس البولي، والعمرات، والثأنة (اضطراب  
الكلام) والعادات المموية المخففة للذات.

ويفرم جوهر تقنية «عكس العادة» على إثارة الاستجابة المماثلة  
المعاكسة أيما يظهر الترويع لممارسة العادة غير المرغوب فيها. مثلاً في  
حالة السروع إلى نكث شعر الرأس، يتعلم المريض الاستجابة المعاكسة عبر  
الواضحة بالإمساك بيديه لمدة ثلاث دقائق عندما يشعر مرغبة في نكث  
الشعر أو بعد أن يبدأ بذلك.

وقد سم تبي برامج «عكس العادة» على نطاق واسع، ولافت نجاحاً  
علاجياً كبيراً.

رلاحظ أن عكس العادة يعطي مثلاً لعبة الكفّ المعاكس لشي  
تطبق على العادات الحركية رغم أن أزرين وجماعته لم يهتموا بذلك  
صرامة.

### علاج التنفير أو التكره

#### Aversive Therapy

يستند جوهر العلاج التكريهي على تريض المتعالج إلى مبه غير سائر، يتزامن مع الاستجابة الانفعالية غير المرغوب فيها والمراد إطفائها، أو إضعاف قوتها. فمثلاً يُستخدم المنبه المثير للألم لتثبيط الإثارة الجنسية عند المثلي الذي يثار جنسياً عند رؤية الملابس الداخلية للمرأة (أو شمها)، وذلك لإضعاف هذه الإثارة (إقران الألم بالشيء المثير للشهوة الجنسية عند المثلي). وعلى هذا فإن العلاج التكريهي يعمل مآلة الكف المماكس Reciprocal inhibition، والأدوات الرئيسية المثيرة للمور هي إثارة قوية كهربائية ولكنها غير مؤذية للصحة، أو أدوية مثيرة لمتجان والقيء أو تحيلات مثيرة للإقياء.

ويتعين تمييز علاج التكره عن العقاب، ذلك أن المبه المنقر يلي الاستجابة المطلوبة بدلاً من التزامن معها.

ومع أن هدف العقاب تثبيط الاستجابة، أي جعلها أقل احتمالاً في الظهور بفعل النتائج التكريهية، فإن المقصد من العلاج التنفيري هو إضعاف

قوة العادة في الاستجابة للهدف، من خلال تثبيطها، وذلك بواسطة مادة  
المصبر المكثفة. ويستخدم العقاب عموماً لإضعاف العادات الحركية، أما  
الملاح التكريري فيهدف إضعاف العادات الناجمة عن الجملة العصبية  
الدائية.

وما يحدث عند وجود منه للاستجابة غير المرغوب فيها هو أن  
المسبب التكريري القوي - مثل تيار كهربائي شديد لظرف - يثير استجابة  
تجنب Avoidance response، كما أن الصدمة الكهربائية تثبط  
الاستجابة الانفعالية غير المرغوب فيها. وهذا تشكل تثبيطاً إشراطياً  
للاستجابة غير المرغوب فيها؛ أي نقوم بإضعاف العادة. وفي الوقت نفسه  
نرى أن المسبب قد يرتبط بإشراط لمجموعة استجابة تثيرها الصدمة  
الكهربائية، إلا أن معدل مثل هذا الإشراط يعدّ قليلاً عموماً، أو ما يمكن  
أن نسميه بالمعابر المؤقتة (Raymond 1964).

فقد وجد واتشمان (1969) أن الصدمة الكهربائية المتعددة  
مماثلة منه تكريري لا تشكل خوفاً إشراطياً.

والمثال التالي الذي متذكره، هو مثال قائم على التجربة، ويوضح  
جميع أساليب الإشراط التفريري وآلياته

سمّ وضع حيوان في قفص ذي أرضية مؤلفة من شبكة قضبان حديدية  
مكهربة. وكان الطعام يُرمى إليه في علة داخل القفص. وبظراً إلى  
الصوت الذي كان يصدر عن رمي الطعام، اعتاد الحيوان على بلوغه  
وتناوله بسهولة. وأدى تكرار العملية إلى تكوّن عادة الاقتراب من العلة  
لديه، وذلك كلما سمع صوت رمي الطعام فيها، فظهوراً استجابة إشراطية  
عصبية ذاتية المنشأ، صاحبت الاقتراب من الطعام، وهذه الاستجابة هي  
سبلان اللعب، وإزدهاد مشاط الحركات الهسية وغيره. وإذا قررنا جعل



هذا الحيوان يكره الطعام بإزالة عادة الاقتراب من العلبة عند سماعه لصوت رمي الطعام فيها، فإتينا في هذه الحالة منجلاً إلى العلاج المذكور، وهذا ما ستوضحه بقية المثال

عندما تقترب الحيوان من الطعام بعد سماع ربه في العلبة، وجهها له صدمة كهربائية بكهربة أرضية القفص التي يمشي عليها، فتمت الصدمة على تشييط الثقب الإشرطي نحو العلبة، إذ أحدثت الألم والفلق والانسحاب الحركي للحيوان. وكلما تعرض إلى الصدمة ضعفت لديه عادة الاقتراب الإشرطية من الطعام، وبذلك حدث عنده التجنب الإشرطي للطعام. وبعد تكرار هذه المناورة عدة مرات أصبح صوت رمي الطعام في العلبة يثير استجابة قلبي التجنب عند الحيوان، وهي الاستجابة التي حلت محل استجابة الاقتراب من الطعام (تعزيز سلمي)

ولعل أول استخدام للعلاج المذكور كان على يد العلامة كاستوروفتش (١٩٢٩) في علاج مرضى الإدمان على الكحول حيث كان يوجه صدمات كهربائية مؤلمة للمريض عند النظر إلى الكحول أو شغفه أو بدونه

في عام ١٩٣٥ أفادنا ماكس Max أنه نجح في علاج مريض فينشي شاذ جسياً شرباً إلى صدمات كهربائية قوية، أثناء تعامله مع أشياء فينشي

وبطالنا الدكتور جوزيف وليي بحالة امرأة شرهة عالجها بالعلاج التفيري وتخلص بما يلي

امرأة عمرها ٣٢ سنة، كان تناول أطعمة مسوعة عنها طياً من أحد انشغالاتها العصبية الأخرى، وكانت مسوعة مالتحلب من تناول

الحلويات والأطعمة المالحة. الأولى بسبب بدانتها التي نحاف منها،  
والأطعمة الثانة لإصابتها بأفة قلبية روماتيزمية عرصتها أكثر من مره إلى  
مخاطر استرحاء القلب، إلا أنها كانت تشعر بولع جبري للإكثار من هذه  
الأطعمة الضارة لصحتها

ونظراً إلى ضرورة تفيدها بأطعمة قليلة الملح، ونظام غذائي  
خاص، كنت نطلب من خادمتها أن تقفل عليها باب الغرفة، لمنع نفسها  
من الخروج منها وتناول الأطعمة المسموعة عنها أو عدم شرائها من  
الخارج. ولكن عندما يشتد نزوعها الجبري نحو هذه الأطعمة، كانت  
تهرع إلى شراء الطعام وتناوله. وما إن تشعر بالتخمة والاكتهاء يتتابها  
شعور مرهق من الكراهية واليأس إزاء سلوكها، يصل إلى مستوى الدل  
والعبودية لنزواتها.

عند المعالج إلى رصد جميع أنواع الأغذية التي هي موضوع  
وساوسها، واختار بعضاً منها، ومن ثم ربط في ذراعها القطر  
الكهربائي، وطلب إليها أن تمص عتيها وتحيل الطعام المختار  
وعندما أشرب بإصعها إلى التخيل الواضح لهذا الطعام وجه لها صدمة  
كهربائية في ذراعها، وأنعها بعدة صدمات وصلت إلى العشر في كل مرة  
تحيل الطعام المختار، وذلك خلال جلسة واحدة

وبعد جلسيتي علاجيتين من هذا القبيل وجدت أن مجرد تفكيرها  
بهذه الأطعمة يقترب بالصدمة الكهربائية، الأمر الذي يثير القلق. ومع مره  
من المعالجة تضائل تفكيرها الوسواسي بالطعام الذي تحبه ونزع إليه  
تضالاً متزايداً. وبعد خمس جلسات علاجية بالصدمات الكهربائية  
التكرهية تحروث نهائياً من هذا الكابوس الجبري للطعام لأول مرة في  
حياتها منذ ١٦ سنة، وبدأت صفحة جديدة في سلوكها الغذائي حيث

أحدث سمع بارتناء الثياب الماسية وبالصحة الممتعة مع الأصدقاء والمصدقات، الأمر الذي حرمت منه منذ سنين عديدة

يُطبق العلاج التكريهي في كثير من المشكلات السلوكية مثل المنيشية *Fetishism*، واللوطية *Homosexuality* (جيس ١٩٦٠)، وفلمسان (١٩٦٥) والانحرافات الجنسية *Transvestism* (هاربر ١٩٦١) والإدمانات المختلفة، أي الكحول والمخدرات والدمخا (فالانس ١٩٦٨). ومن الأهمية بمكان أن نلاحظ أن السلوكيات التي ذكرناها (أي المشكلات السلوكية) تبدو خبرات مازة عند ممارستها تجاه أشياء وأمور غير مناسبة اجتماعياً فالإثارة المفرطة المترافقة مع ظهور هذا السلوك المنحرف من شأنها أن تثبط المشاعر السارة التي ترافق عادة إشباع ذلك السلوك المنحرف الأمر الذي يؤدي إلى إطفاء العادة وإزالتها

إن هذا ما يعطي الجواب إلى ما عبر عنه كل من واتسمان وبسندال *Teasdale* (١٩٦٨)، بـ «اللفز الكبير» في العلاج التعريي، وهو لماذا يكفُ المرضى عن ممارسة السلوك المنحرف بعد حررهم من المستمى فإذا كان هدف الانحراف لم يعد يشير اللذة فلا يوجد عملياً مروع نحو هذا الهدف.

وعليه أن تنه إلى أن العلاج التكريهي يكون الخيار الأولي أحياناً، إلا أنه في كثير من الحالات نجد أن اللوطية أو غيرها من السلوكيات الماسية غير المرغوب فيها اجتماعياً وأخلاقياً وصحياً (التدخين والمخدرات) والتي تُطب بالعلاج السلوكي التكريهي، لا بد أن تعالج أولاً، وقبل الهجوم المباشر بالعلاج السلوكي التعريي عليها فإذا تم إزالة القلق فإن انحراف السلوك الذي يكون عادة نتيجة لهذا القلق قد يتوقف بدون الحاجة إلى اهتمام خاص به.

ومن ناحية أخرى، إذا ما تم اعتماد المعالجة السلوكية خطأ كعلاج

أولي للسلوك المنحرف، فإن هذا السلوك سيستمر مع بعض التحسن، حتى وإن تمَّ إيقاف هذا السلوك بالعلاج السلوكي، فإن العلق التحتي الذي لم يمس بالمعالجة السلوكية سيكون دوماً عاملاً محرّضاً للانكاس أو كبديل للمرض. مثلاً يطالنا الدكتور جوريف ولبي بقصة امرأة تعاني من سلوك جبري في الإقبال على الطعام، وقد تمَّ التغلب على هذا السلوك بالعلاج السلوكي التكريري، إلا أنها بعد فترة أصابها الاكتئاب الشديد ولقد اتضح له أن مشاكلها الرئيسية كانت حادات قلق عَصَائية، وإن الاكتئاب كان نتيجة لأنها شُعت من إضعاف نشاط القلق بواسطة الطعام

## أولاً: وصف التقنيات

### ١ - الإثارة الكهربائية

مع أن الإثارة الكهربائية تبدو تقنية غير مرغوب فيها عند الناس، فقد تم اللجوء إليها في السنين الأخيرة بتحفظ كبير ومع ذلك فإن هذه التقنية بطرح معها مكوها تخضع للكم بسهولة (أي السيطرة على مقدار الإثارة الكهربائية) ويمكن توقيتها بدقة مع السلوك المراد تغييره

وحسب الحالة المُعالَجة وظروفها، فإن إعطاء الصدمة الكهربائية يمكن أن يتم على المستوى الميفاني (أي عند التعامل مع الأنسج والموانف المراد إضعاف تأثيراتها) أو في التخيلاات المُثارة أو في التخيلاات المُثارة (أي عرض الصور)

ويمكن استخدام إما التيار المتناوب أو التيار الفارادي، لأن بالإمكان التحكم بالمستويات الثابتة للشدة الكهربائية لمدة طويلة. وتُربط الأقطاب عادة في ذراع المريض، ويُحدد مستوى الخط القاعدي للتيار بالزيادة المتدرجة للتيار إلى أن يُبلغنا المريض عن إرهاقه منه وهذا

يكون الدرجة المزعجة (أي الخط القاعدي) بمستوى ٢٥ بالمائة أقوى من درجة الخط القاعدي التي تبدأ منها العلاج بالصدمة الكهربائية

ويمكن القول إن القطب الأفضل المناسب للاستخدام هو القطب المتحد المركز Concentric الذي يقلل إلى حد كبير مخاطر حرق الجلد ويمكن أيضاً استخدام الأقطاب المبللة بالناشر المنفوخ في الملح. كما وتستخدم الأقطاب المضية المستعملة في تخطيط القلب الكهربائي إذا دعت الحاجة.

إن استعمال التنبيه الكهربائي في العلاج التكريري يختلف في تفصيلاته، إلا أنه يشع دائماً المخطوط العامة للحالة التي ذكرناها عند معالجة الإثقال الوسواسي الجبري على الطعام.

وقد بذت الصدمات الكهربائية ناجعة في علاج الانحراف الحسي، ونف الميسر والمقمار الجبري. ويوقف العلاج بالصدمات الكهربائية الاضطراب الجبري فترة طويلة عادة، تبلغ على الأقل مدة ٧ - ٨ أشهر ويمكن - حسب الخط القاعدي للفرد المعالج - أن تصل قوة الصدمة إلى ٧٠ فولت

## ٢ - العلاج التكريري ضد الإدمان على المخدرات

نعلم أن التزوع الجبري القوي نحو تعاطي المخدرات مثل المورفين، والديمارول، والميثادون إنما يعتمد على الاستجابات المتعلمة من جانب الجملة العصبية الذاتية (Himmelsback 1941) ومع أن معدات الإدمان على المخدرات تتضمن دوماً أفعالاً حركية، وغالباً ما يكون ذلك من جانب عنصر اجتماعي حافز، فإن العلاج الذي يتركز على الأفعال الحركية - دون الانتباه إلى المعدات الناجمة عن الجملة العصبية الذاتية - هذا العلاج يفقد جوهر المشكلة

وما أن يتم تأصل عادة الإدمان على المخدرات، فإن الإثارات التي يتعرض لها الفرد المدمن بفعل استجابات الجملة العصبية الدائية لي تكسب نحبها سلازمة الامتناع أو الكفّ (أي أعراض إيقاف المخدر)، أو التوق إلى تعاطي المخدر، لا بدّ أن تكون استجابة إلى بعض المثيرات السابقة. فالتبوهات السابقة المثيرة للتوق والرغبة الشديدة لتعاطي المخدر قد تكون صادرة عن البيئة الخارجية المنشأ أو الداخلية المنشأ، أو عن المصدرين معاً (Wikler 1969).

وعلى هذا يبدو من المقبول الافتراض أن المبهات Stimuli يمكن أن تفصل عن الاستجابة النزوعية التوقية نحو المخدر، من خلال الإثارات المهيطة الناهية المتكررة ضد الاستجابة النزوعية، مثلاً بواسطة الصدمة الكهربائية المتزامنة مع ظهور تلك الاستجابة النزوعية. ويوضح المثال العلاجي التالي المراد والمقصود:

طبيب مدمن على مادة ديميرول لمدة خمس سنوات، راجع معالجاً مصراً سلوكياً. ولقد بدا لهذا الأخير أن لدى الطبيب المريض نزوعات داخلية المنشأ نحو المخدرات، وهذا النزوع القوي يظهر عنده مرة واحدة أسبوعياً فليحاً إلى تناول مقدار ملغرام أو ملغرام ونصف من هذا المخدر لإطعام جذوة هذا النزوع.

وقد نُصح هذا الطبيب بالتزود بجهاز صدمة كهربائية محمول، بحيث نرجه ليد صدمة كهربائية كلما ظهر هذا النزوع، وقد تمكن من التغلب على ثلاثة نزوعات متتالية بعوامل أيام، وظل بعد ذلك في حالة كفّ عن تناول هذا المخدر من جراء هذه المعالجة التكريرية مدة ١١ أسبوعاً.

### ٣ - العلاج التكريهي بواسطة الأدوية

إن علاج الكحولية بالطرق التكريهية من خلال استعمال الأدوية المحدثة للإقياء أو الغثيان، هو علاج معروف منذ أكثر من عشرين سنة. إذ يُعطى الكحولي مواد مثيرة للإقياء أو الغثيان مثل الأمتين Emetine أو أبومورفين Apomorphine، وكلوريد الذهب، ويطلب إليه أن يتناول أيضاً الكحول الذي يرفه. ويعطى له مزيج الكحول وأحد هذه المواد المسببة للغثية يومياً، ولعدة أسابيع أو عشرة أيام، ثم تُقيم فعالية هذا الأسلوب بإعطائه للكحول فيما بعد لمعرفة مدى استفادته من هذا العلاج التنميري، لأن حدوث الإشرط التكريهي يرفع المريض على الشعور بالغثيان ولو تناول جرعة واحدة من الكحول فقط.

ويكون عدد المعالجات الداعمة مرتين أو ثلاث مرات خلال فترة سنة من المتابعة. وقد اتضح لكل من ليمير Lemere وموخلين Voeglin (١٩٥٠) أن ٢٨٪ من عدد يتأخر ٤٠٠٠ كحولي ظلوا ممتنعين عن سائل الكحول مدة خمس سنوات، و ٢٣٪ من هذه النسبة ظلت ممتنعة مدة عشر سنوات أو أكثر بعد دوره علاجة.

إن هذه المعالجة تستهلك الكثير من الوقت، وتعتبر مضرة بالنسبة إلى المعالج والمعالج معاً، وقابلة للانتكاس.

### ٤ - تقنية التحسس العفوي Covert Sensitization

لقد سبق وشرحا هذه التقنية المقرونة باسم كونيل (١٩٦٧) في الفصل السابق، وهي تقوم على قن الاستجابة التكريهية المُعظبة مع الحب المُشعَّل. وبجحت هذه التقنية في علاج البدانة، واللوطية (العيل لـسجس نفسه عند اذكور)، والكحولية. وقد طق (الدكتور حجارا) هذه التقنية

على مريض كحولي مدمن عمره ٤٢ سنة، تعاطى الكحول مد أكثر من ٦٠ عاماً، دخل مشافراً كثيره في حالات إسعافية، ولمستوصل له جزء من اليبانكرباس بسبب التسمم الإدماني. وكانت نتائج العلاج مشجعة جداً، حيث تمكن من السيطرة على بروه الإدماني، فكف عن الشرب لمدة سنين وبدعم علاجي دام ستي متابعة. كما تم إضفاء الزرع الجسي المثلي عند شاب عمره ٣٦ سنة بهذه التقنية، وتمكن لأول مرة في حياته من ممارسة «المادة السرية» بتجيلة الأعضاء الجسية للمرأة (الدكتور حجار ١٩٩٠)

ويندرج هاهنا المفولات التخيلية لكنويلا في علاج امرأة تعاني من شره حشري بحر الطعام ولا سيما فطائر التفاح:

«أرعب أن تخيلي أنك قد تناولت وجنتك العذائفة وتلتفتين الآن لتأكلي الحنوي التي هي فطيرة تفاح حالما حاولت مسك المشوكة شعرت شعوراً غير عادي في رأس معدتك بدأت تشعرين بالعثان عندما أمسكت بالشوكة، شعرت بجراثيات الطعام الموجودة في معدتك نصعد إلى حلمومت إحساس بالإقياء بداخلك ما أن أمسكت الفطيرة بالشوكة استعداداً لالتهامها حتى خرج الطعام من معدتك إلى حلقومت حاول أن تعلمي عملك خوفاً من تميز الطعام وانتثاره على الطاولة قربت الفطيرة من فمك ما أن فتحت فاك لقضم الفطيرة، اندفع الطعام من فوك ليمطي يديك والشوكة والفطيرة والطاولة، وانتشر ليصيب المجاليس حولك. عيناك تغطران دمعاً. بذلك أصبحنا لزوجين بفعل عصارة المعدة والطعام. رائحة كريهة تبعث من الإقياء ما أن نظرت إلى نفسك حتى تبعد لديك الإحساس بالفقر، وتبعه المريد من الإقياء والإقياء بموجات متتابعة. كل فرد من المجاليس ينظر إليك مصروعاً أبعدت باظربك عن



هذا المطر فتمرت أنك أحسن من ذي قبل نهضت وركضت مسرعه حراً  
من العرق تزايد عندك الشعور بتوقف الإقلىه والخيال مظهر وجهك  
ونباتك، وبذلك زال الكلبوس المخيف الذي أتاك.

إن أول تقرير عن تجربة الاستخدام النموذجي للتخيل المثير  
للكرهية كان من قبل هول (1965)، وذلك في علاجه مراحقاً عمره ١٦  
سنة، لديه عادة إقواء الناس في المراحض العامة. كما استخدم داليون  
(١٩٦٧) هذه التقنية كجزء من برنامج التخلص من التخيل السادي. أما  
كولنيس (١٩٦٧) فاستخدم هذه التقنية في علاج الفيشية والإدمان على  
استئاق البنزين.

#### ٥ - الوسائل التكرهية الأخرى

يمكن القول أن أي شيء غير سار يُعدّ مصدر إقراط تكرهية  
ويحتملما فيلوت (Philpott ١٩٦٧) أنه يمكن من التغلب على التكره  
السواسي بجعل المريض يحسن أنعاشه بالفكر المستطاع في كل مره  
تظفل عليه فكرة وسواسية وتشتأثر بوعيه وتفكيره. كما وصف لنا لوبليس  
(١٩٦٨) تقنيتين استشاقيتين مكرهيتين لعادة التدخين. إحداهما تمت  
دخان التبغ في وجه المدخن بواسطة جهاز خاص في الوقت نفسه الذي  
يلدح أثناء لعافة التبغ. والثانية يتعين على المدخن أن ينفث نفثاً مطعماً  
على لعافة تبغ بإيقاع البندول، فيشتق كل ست نواح دخان اللعافة  
الأولى، ومن ثم ينفث دخان السجارة بدون استئاق كل ثلاث نواح  
للعافة الثانية (وهذه طريقة يلجأ إليها الآباء لجعل أولادهم يقرؤن من  
التدخين).

إن هاتين الطريقتين هما على غاية من التكره والتفكير إذ من  
الصعب جداً أن يتمكن المدخن من الاستمرار في تدخين اللعافة حتى

بهيتها. فالمدخنون (تعدادهم ٣٦ فرداً) الذين حضروا إلى هذه التجربة تعرضوا إلى جلسات من هذا القيل عدداً ست، ومدة كل جلسة نصف ساعة وسطياً، وتوقف ١٦ مدخناً عن التدخين توقفاً تاماً لمدة سنة، ومع ذلك لم تعط أي طريقة من الطرائق العديدة المصادة للتدخين النتائج المرضية المتأمولة على مستوى العلاج التكريري السلوكي، بحيث نضع المدخن في طريق لا انتكاس فيه. إلا أنه إذا ما تم إشراك العلاج المعرفي مع السلوكي، فإن العلاج يكون أكثر فعالية (محمد حجار ١٩٩١)<sup>(١)</sup>.

وهناك منبهات فبريائية اشتملت لأغراض خلق الإشارات التكريري؛ مثل الصياح الشديدة والصوت العالي الطبقة. مثلاً على ذلك امرأة عمرها ٣٠ سنة تشي حساسية كبيرة وغير عادية للأصوات الحادة كخشخشة مجمرها معانيج، أو صوت المطرقة على الحديد، أو أي صوت حاد عالي الطبقة عند المعانيج إلى إسماعها، من خلال ساعة وأسب، صوتاً حاداً جداً وفي الوقت نفسه كان يخشخش مجموعة مفاتيح أمام عيها. وعندما كانت ترى المفاتيح كان الصوت الحاد الواقع على أذنيها يغطي أصوات المعانيج وبهذه الطريقة لم تعد تتحسس من الأصوات الحادة إطلاقاً وطلب على هذا الريح العلاجي بدون انتكاس.

استخدم سربر Serber (١٩٧٠) الحجل كمنبه مكرّر في علاج حالات الانحراف الجنسي، والتلصص الجنسي Voyeurism، والانفعال الجنسي بالأولاد Pedophilia، والافتضاحية Exhibitionism (إظهار العورة). إذ كان يتم إزعاج المنحرف عندما يُقدم على سلوكه المنحرف

(١) تم علاج ثلاثة مدخنين بالطريقة السلوكية - المعرفية فكانت النتائج مشجعة، إلا أن مريداً من المتجارب على هذا المنوال لا بد منها، لاستخلاص نتائج أكثر مصداقية

تفريغ: يرى مشاهدة السر له وكان على العريض أن يجر معه حسي  
المحرف لمدة ١٥ - ٢٥ دقيقة بوجود أعداد متزايدة من شخصيه  
وبوساطة هذه الفطرية تخرج خمسة مرضى من أصل مائة من بحر بهم  
وبمتابعة مدتها ستة أشهر، إلا أن أكثرهم انتكسوا فيما بعد

وبالملة القول إن العلاج التكريهي يستند عميقاً على نسبة انكس  
المعاكس لاستجابة الهدف بالمعصر المكره.

إن التوجيهات التالية العملية للعلاج التكريهي القائمة على حدوث  
الفعالية مستمدة من العالمين آزرين Azrin وهولر (١٩٦٦) في دراسة  
المعادن الحركية بوساطة العقوبة.

أ - يجب أن يكون المنبه شديداً وفقاً للضرورة من أجل إصدار  
الاستجابة السارة كلياً.

ب - يجب أن يُعطى المنبهات المكره بصورة متزامنة مع الاستجابة  
ج - يجب أن لا تتم زيادة المنبه التكريهي وزيادة تدويجية ونكر متدبسه  
شدة مفررة سابقاً

د - إن تكرار إعطاء المنبهات التكريهية يجب أن يكون عالياً بحد  
المنقطع، وعلى المستوى العالي بحيث يُعطى المنبه عند كل إنارة  
للاستجابة المراد إزالتها

هـ - يجب أن يكون الهدف الاتفعالي البديل جاهزاً، والواجب ألا يتعرض  
للعقاب، وألا يقدم التعزيز الأكبر أو نفسه للاستجابة التي تعرض  
للإطفاء. فمثلاً إن الفئسية أو الانتصاحية تحتاجان إلى أداء علاقات  
جنسية سوية.

و - يجب ألا يوصى بالعلاج التكريهي قبل البحث والاستكشاف عن  
جدور الفائق للسلوك غير التكيفي، وبالتالي معالجة الفلز إن وجد



## علاج الاستجابات الجنسية المثبطة

من المعلوم أن الاستجابات الجنسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالإثارة السارة العارمة ولا سيما خلال الجماع. أما الإثباط الجنسي المُمرس خاصة (ضعف الشهوة الجنسية أو ضعف الانتصاب) فيُعزى في كثير من الحالات إلى قصور في الجهاز الغدي الصمّي أو إلى مرض بدني (لهاها في معدل تعداد الأمراض المصيبة)، حيث يكون للإشراط دور مهم في هذا الاضطراب في معظم الحالات. وعادة تصح استجابات الفلق الإشرطنة لمسهات (المثيرات) المقترنة بالاستجابة الجنسية متناورة مع الأخيرة فتشطها

وسجم التأثير المثبط للاستجابة الجنسية عن الخجل، والكراهية أبشاً، كما أن الإثباط الجنسي الماير نيه التثبات والتوترات ومحاولة تمديد الأداء الجنسي في موقف غير ملائم سيكولوجياً (مثل عضنُ عشاء البكارة ليلة الزفاف)، أو المهبات المرهجة المبينة كالأصوات العالية والصحيح خلال الاتصال الجنسي

وعموماً يبط الفلق الاستجابة الجنسية لأنه يثب الجملة المصيبة الوؤبة المضعفة للاستجابة الجنسية (ضعف ورود الدم إلى أوعية القضيب

مما يؤدي إلى ضعف انتصابه أو عدمه) فالإثارة الجنسية هي من وظيفة نشاط الجملة العصبية اللاوئية، وذلك قبل مرحلة الفلق (ماسترز وجورسون ١٩٦٦) بينما الفلق على عكس ذلك، هو من وظيفة الجملة العصبية الودية، لذلك كلما تزايد الفلق، تناقصت الإثارة الجنسية

وكما سبق ورأينا، تستحلل الإثارة الجنسية كاستجابة معاكسة للفلق وهنا لا بد من إعداد الاستجابة الجنسية القوية إعداداً كافياً للسيطرة على استجابة الفلق وإضعافها

وقد أفادنا بالكوف وكاراس (١٩٥٧) بأن المصابات التجريبية عند الكلاب يمكن إطفاءها بالإثارة الجنسية، وأن علاج المصابات الإكلبيكية يمكن أن يتم على حرار المبدأ المذكور أي بالاستجابة الجنسية

وأحياناً نجد أن العاطفة المستندة على قاعدة واسعة تسمى الحب أحياناً، تكون كافية لشيء الفلق، ولذلك نجد أن عاطفة الحب القوية تؤدي دور الاستجابة المثبطة لعصاب الفلق لدى الفتاة الفلقة التي يربطها الحب بأحد الشان.

وبما أن الكثير من حالات الفلق النفسي التي يعانيها الس تكون جميعه الشده، تتعرض تلك الحالات للإطفاء بفعل قوة المواقف المعاكسة لها التي تثيرها حوادث الحياة.

١ - علاج عدم الكفاية الجنسية عند الذكور

رظيئاً تسمى الية الجنسية Impotence عندما تنظاهر:

أ - بضعف الانتصاب Poor erection.

ب - بالدق المبكر Premature ejaculation

ج - بالاثين معاً.

وانتصاب القضيب يحدث بتأثير الجملة العصبية اللاوذية، بينما  
القلق المصغف لهذا الانتصاب يتكون بتأثير الجملة العصبية الوديه  
المقبضة لأوعية القضيب، والمسرعة للدفق Ejaculation (أندرسون  
١٨٩٥) إذن فإن سوء الأداء الجنسي يكمن في القلق الراجع إركه .

ورغم أننا نجد أحياناً في القلق سوابق لا ترتبط بسوابق جنسية، مثل  
المخوف من رصّ لإلاج القضيب عند الأثنى (ولبي ١٩٥٨)، (أي مخوف  
معرفي لا مخوف تقليدي)، إلا أن معظم الحالات يكون القلق فيها من  
ضمن الخبرات الجنسية، وتناج هذه الخبرات

ويتوقف استخدام الاستجابة الجنسية كوسيلة لشيظ القلق على  
نموف الموقف الثالث للقلق بالدرجة الأولى، يليه الكشف عن العوامل  
التي تسطر عليه. فمثلاً قد يظهر القلق لحقة دخول الزوج إلى غرفة  
السر، أو عندما يكون في الفراش مع زوجته .

ويكون العلاج وفق التالي :

أ - أن يمسو المعالج للمتعالج أن الإثارة الجنسية ذاتها مخصصة للقلق،  
وقادرة على إضعافه، إذا كانت قوية وكان القلق ضعيفاً ميا

ب - على المعالج أن يحدّد التقربات الجنسية إلى أن يظهر لقلق على  
المتعالج

ج - ينبغي على المتعالج أن يحصل على تعاون زوجته فالزوجة قد تعتبر  
تقربه الجنسي منها سلوكاً شاذاً وغريباً إذا حاول نظيفه بدون تفسير  
مبني

د - ينبغي على الزوجة تجنب ترثير زوجها وإقلاقه بما قد تُظهره من  
حركات وأفعال أو كلام غير ملائم. وعليها ألا تستهريه به، أو تلج

عليه بأي درجة معينة من الأداء الجنسي . قدورها يكون في تحث  
النزوت بدون إبداء أي تزعاج أو امتناع ، أي تعبر آخر امتناع مع  
زوجها في كل سلوكياته التي رسمها له المعالج . وعلى الرغم من  
معاناة المرأة ، فيجب أن تعلم بأن تلك المعاناة نهون أمام تحقيق  
النتيجة المتوخاة .

هـ - تستطيع معظم السوة الحصول على الإثباع الجنسي (Orgasm)  
بالمداومة ، وهذا الأمر يساعد على تحث فترة علاج أزواجهم

و - إذا عانى الزوج من الشعور بالقلق أثناء مجالسته لزوجته عليه ألا يفعل  
أي شيء حتى يروك القلق . وعادة يستطيع بعد فترة مجالستين أو  
ثلاث مع زوجته أن ينعم بالهنوء النفسي المطلوب لتحقيق الإثارة

ر - ويمكنه فيما بعد الانتقال إلى المرحلة الثانية ؛ أي مرحلة المداعبة  
ح - عندما تتم المداعبة بدون الشعور بالقلق يمكنه الانتقال إلى المرحلة  
التالية ، وهي المجامعة بدون إيلاج .

ط - ثم يُسمح له بإدخال عضوه بالتدريج ، مع قليل من الحركات الجماعية  
التي تزداد تباعاً حتى تصبح العملية الجنسية مكتملة ولا يبغى عليه  
أن يعمل عن الشرط المسبق لإتمام الجماع ألا وهو انحصار القلق  
برمه .

وهكذا يرى أن التضربات ، بحظواتها التي ذكرناها ، تستند إلى إدارة  
التحسس تدريجياً من القلق الجنسي المتعاكس باستجابات جنسية مثارة  
إثارة تصاعدية ومضممة للقلق .

إن حطة تفاصيل المعالجة تُقرّر على أساس فردي ، ودور الزوجة  
في التعاون مع الخطة العلاجية يعتبر أساسياً (سيمانس ١٩٥٦) في مساعدة  
زوجها على تحقيق الانتصاب الصحيح .



ولا بد من تكرار الخطوات السابقة بالأسلوب ذاته خلال جمع المحالسات العلاجية، لأن الهدف من ذلك هو زيادة الكمون الدفقي (أي إطالة مدة الجماع الذي يمتد أحياناً من عدة ثوانٍ إلى نصف ساعة أو أكثر). وبسطرد «سيمانس» في علاجه لحالة معينة بالتوصيات التالية للزوجين المتعالجين:

«إذا شعر أحد الطرفين بالتعب عليه أن ينام فترة قصيرة من لزم، ثم يعودان إلى الممارسة لتحقيق الإثارة الجنسية المتبادلة وعلى كل طرف أن يخبر الآخر عن مرحلة الإثارة التي وصل إليها. وإذا وصل الزوج إلى عتبة الدفق عليه أن يعلم زوجته بذلك لتتوقف عن مداعبته حتى يذهب الإحساس بانقراض الدفق، ومن ثم تُعاود ممارسة الإثارة، وتوقف من قبل الزوج عندما يصل إلى مرحلة ما قبل الدفق. ومن خلال تكرار ما ذكرناه يمكن تأخير الدفق تأخيراً لا محدوداً وعندما يزول الانتصاب، ولا تاماً يُصح الزوجان بالإحلال إلى النوم لبعض الوقت، أو الكف عن متاعه الإثارة بنية استمرارية جهودهما في ذلك الوقت، وعليهما أن يتصاحرا لاحقاً بالعوامل التي جعلت حدوث الدفق أكثر سرعة، وذلك مثل ترطيب عضو الرجل التناسلي بمادة زيتية لدرجة تتوافق مع المهبل.

ولقد وصف لنا كل من ماسترز وجوسون (١٩٧٠) لممارسة الجماعية (من الجماع) التي تسهل تلك التقنية، ووجدوا أن الدفق عندما يصبح حثيماً، يمكن للمرأة أن تعيقه بأن تصفط بأصبعها على الفصيص أي على الأخدود الثنائي بين الإحليل وظهر الفصيص Dorsum، أو بالصفط عبر المؤلم على الحفصتين بالإصبعين. وظهر من نتائج العلاج السلوكي للاضطراب الجنسي عند الرجل (ضعف الانتصاب أو الدفق المبكر) لحالات عددها ١٨ حالة، أنه تم شفاء ١٦ حالة (٨٨٪) بحيث تمكن

أمرادها من إنتاج أداء جنسي مُرضي، أما الحالات الثلاث الباقية (١٧/) فقد حصلت على قبول في الأداء الجنسي، من قبل الزوجات، وكانت مدة العلاج ١١ أسبوعاً

## ٢ - علاج عدم الكفاية (القصور الجنسي) عند الأنثى

نشير كلمة البرود الجنسي Frigidity إلى عدم الكفاية الجنسية عند الأنثى، وهي تسمية غير علمية ومجحفة، لأنها تتضمن معنى البرود الصاطعي أو فقدان الاستجابة الجسدية.

وما يجب الاطلاع عليه في هذا الموضوع هو أنه توجد هناك درحات لحالات إثباط الاستجابة الجنسية عند الشرة، بدءاً من انعدام الاستجابة مهما كان نوع الفعل الجنسي، إلى العجز عن إتمام الرعة رغم الإثارة الجنسية العالية جداً.

وهذا نوعان من الحالات التي يجب التمييز بينهما: حالات فقدان الاستجابة الجنسية نحو الذكور، وحالات عدم الاستجابة الجنسية نحاء ذكر معين، يكون في كثير من الحالات زوج المريضة المصابة بالبرود وبالطبع تتميز الحلول الممكنة بأنواع على درجة من الاختلاف

## أ - التشيط العام للإثارة الجنسية

ومعني هنا الإثارة الجنسية المثبطة حتى مع الشريك ذي الرغبة العالية. وقد يكون التشيط مطلقاً أو نسبياً وفي بعض الأحيان يكون السبب عضوياً، أي أن جهاز الاستجابة الجنسية غير تام. ولا تكون المريضة عادة واعية بذلك لأنها لم تحير في حياتها الإثارة الجنسية، كما لا بعد في سيرتها أي خبرة جنسية راحة قد تكون الب في الإثباط

الإشراطي. ويمكن القول إن العجز هنا مرده تركيبي عضوي، وهذه المعضلة الأساسية لا حل لها.

وهناك حالات أخرى ذات أساس عضوي، تنجح للمرأة بدفع الإثارة الجنسية، إلا أن الجماع يقترون عندما بالألم والانزعاج، وذلك بسبب وجود حالة باثولوجية مؤلمة في المهبل (تشنج المهبل مثلاً) أو وجود منطقة فيها ندبات في النسيج المهبلي أو آفة النهاية. وكما نكون الحالة مفضلة جداً عندما يتمحل المعالج النفسي فيعزو حالة البرود الجنسي أو الخوف إلى اضطراب نفسي، ونعالج مطلوباً بلا طائل، في الوقت الذي يعوز هذا المعالج الفهم العميق لأسباب الإثبات الجنسي من الناحية العضوية. ويذكر لنا الدكتور ولي أن امرأة واجهت تشكو من إثبات حسي، عولجت معالجة نفسية تحليلية مدة أربع سنوات بلا طائل، علماً بأن سبب ذلك الإثبات يعود إلى تشنج مهبل ناتج عن قرحة مؤلمة في المهبل، لذا فالفحص الساني مهم ولا بد من القيام به أولاً قبل أي شخيص. إلا أن معظم حالات الإثبات الجنسي مردها إلى النشاط الإشراطي الذي يعود إلى تواريج الحبرات الأولية المرتبطة بالمشاعر السلبية، وبالطاقة إزاء المشاعر الجنسية.

وقد تكون الخبرات السلبية معلوماتية، تعود إلى أصول دينية، أو إلى أحاديث ومقولات الأم التي كانت هي نفسها تعاني من حبرات جنسية مخيفة أو غير سديدة. فإذا ما تعلمت البت الصغيرة أن الجسم فدر، فإن المشاعر السلبية المثارة بعمل هذه العوت والتبيلات للجنس ستجعلها في المستقبل تثبط الأفكار الجنسية المثارة عندها. وبعبارة أخرى يكون التثبط للإثارة اجنبية هو النتيجة المباشرة للإشراط الكلاسيكي الذي يحدث عندما تُعاقب على ممارستها للاستمتاع، أو تُحَوَّر من الاستمتاع أو اللعب

الحسي وقد يتبع الإشراف الكلاسيكي عن الانصباب<sup>(١)</sup> أو الرصوص الحسية الأخرى، أو ينشأ هذا الإشراف الكلاسيكي عند الإثارة الحسية التي أصابها الإحباط إصابة متكررة بطريقة أو بأخرى (عدم الوصول إلى الرغشة الجنسية). ثم إن البرود الحسي ينشأ أحياناً نتيجة الخبرات السلبية الساجمة عن عمق المحبة في علاقة تنسم بدرجة كبيرة من الحرارة.

ويرتق علاج البرودة الجنسية العامة على ما يكشفه تحليل المنبه - الاستجابة للحالة، أي بتغيير أمر نعرف المنبه الذي يخلق الاستجابة الكافئة المنشطة للإثارة الجنسية.

فإذا كانت هناك توجهات مدمية عاطفة فلا بد من إزالة الأوهام والنصبرات العاطفة حيال الجنس والنشاط الجنسي وبالتالي إعادة تنقيف المريضة في هذا الميدان. أما إذا كان السبب هو الموقف العاطفي السلبي، المرتبط بالقلق الذي أصابه الإشراف بالحجاب المختلفة للموقف الحسي، حيث فإن العلاج يكون بالأخذ متفئة إزالة التحسس المهني التي تُفَرَّر تفاهيلها بتعرف المسه السابق للقلق. وإذا كان سبب البرود هو نتائج الأسياء المستمر من فشل الزوجة بالوصول إلى الانواء الحسي فيمكن حل هذه المشكلة بتشجيع الزوجة على الإفصاح عن رعبانها لزوجها بصراحة وهنا نكون أمام علاج تأكيد.

#### ب - البرود الجنسي الموقف Situational

غالباً ما يكشف تحليل السلوك أن المرأة التي تشكو البرود الحسي ليس من الضرورة أن تكون قد تعرضت إلى إشراف سلبي للمبهات

---

(١) من المصنوع أن الانصباب أصمى سلوكاً شافئاً جداً في الحضارة الصناعية وفي المدى الكبيرة عموماً.

الحسية عموماً، ولكن يكون البرود ناجماً عن موقف خاص نجاء راحل  
مصر وإذا كان الأمر كذلك فإن السؤال المطروح هو: لماذا لا نستحب  
له جسدياً. وفي كثير من الحالات نجد السبب يكمن في كونهما لا تهتم به  
كشخص، مثل حالة فتاة وقعت في حب زوجها لحكمته وحصافة عقله،  
ثم اتضح لها لاحقاً أنها أساءت الاختيار، وعندما اكتشفت حقيقة كانت  
في حالة استعداد للاستجابة الجنسية.

إلا أنا نجد في بعض الأحيان صعوبة في تحليل أمثال هذه  
الفصومات والعيوب فعندما يكون هناك قصور في الانجذاب نحو الزوج  
فليس هناك ما يمكن عمله بهذا الخصوص، إلا أنه مع كل الزمن يمكن أن  
نشأ بين الزوجين صفة سارة، ومحببة تكون الأساس لمشاعر الحب.

وبالتأكد يتعين علينا دوماً نعرف مصادر الإنطاط في الاستجابة  
الحسنة ومعاية مدى قابلية التبدل وقد يكون هناك شيء يجعل سلوك  
الزوج قهراً للتبدل، مثل عودته إلى البيت من عمله في أوقات غير منتظمة  
بدون أن يحير زوجته عن الأسباب مبعأ، أو أن يشغل به ما يقرب منه،  
ومشاهدة التمازج، أو اللعب بالورق، وهذا ما يجعل علاقته الحسنة مع  
زوجته واحدة ولا شك أن هذه السلوكيات تعتبر مقلقة جداً للزوجة، وقد  
ما استمرت فإنها ستجعلها تعزف عنه، وستحول محبتها إلى نفور،  
وعلاقتانها الجنسية إلى فتور وجمود ولا شك أنه يمكن لعالية الأروح  
تبدل سلوكهم تجاه زوجاتهم إذا ما تعرضوا معهم نصراً في مراجعة  
الإصرار وتأكيد الذات المتوازيين

ومن المعلوم أن الخصام بين الزوجين هو مسألة كراهيات ثنائية  
متبادلة، حفزومية القوة فعندما يشعر أحد الزوجين أن مشاعره سُتت من  
قبل الطرف الآخر، فإنه يلجأ إلى تجميد عواطفه تجاهه ويحمد إلى التآمر

منه بطريقة ما، وهذا بدوره يثير المزيد من سلوك البصاء والسلب

ومن الأهمية بمكان أن يتم كسر هذه الحلقة المميتة حتى لو دامت فترة طويلة، ويكون ذلك بإنشاء علاقة تعاقدية بين الإنسان بالترم بها الطرفان، ويتم فيها ما سميّه بالتعزيز الإيجابي المتبادل

وينصحنا الملامة ستوارت (١٩٧٥) بإنشاء برنامج مفصل يتضمن ما يسمى «بالتعاقد الزوجي»، فيه التزم كل طرف بتلبية رغبات الطرف الآخر وطلباته، إضافة إلى بطاقات تعطي درجات من حيث تلبية الرغبات المتبادلة وكل طرف يُعطى الفرصة كي يتسلم أن التعزيز الإيجابي للآخر يتم تعويضه بالتنوع، وأن جوهر هذا الأسلوب هو ترجمة الشكاوى العامة إلى حالات خاصة (مثلاً أنت تتخذ طبعي أمام أمك، فتؤلمني بذلك)

بالطبع إن مسألة التعزيز العادل غالباً ما تكون صعبة التصق لأنها تؤدي إلى نقاش وجدل كبيرين

## استخدام المواد الكيميائية في إزالة إضراب القلق

### ١ - وصف الدواء التغلبيدي

عندما يعاني فرد من القلق الكبير أو الاضطراب الانعمالي . معاناة مسمرة أو متعلقة ، يكون من المرغوب فيه ومن المفضل أن يوصف له الدواء . وفي الحقيقة يلجأ معظم الناس إلى الأدوية المهدئة ويتعاطونها من أنفسهم ، وأكثرها شيوعاً الكحول . وعالماً ما تضعف هذه المهدئات القلق ، إلا أنها لا تفعل ذلك دوماً ، وهي ، إضافة إلى خطورتها الباحمة عن السمود والإدمان ، لا تحمل في طياتها ما يشر بالشفاء

وكما يعرف كل إكلينيكي ، إن التجربة والمصطفي هي التي ترشد المصالح إلى الدواء الأكثر فعالية في الحالة الفردية . فالأدوية مثل دياربام (هاليوم) بمقادير من ٥ - ٢٠ ملغم أو كلور دهايدوكسيد (ليبريوم) بمقادير من ١٠ - ٤٠ ملغم ، ثلاث أو أربع مرات يومياً ، تعتبر فعالة في إضمار القلق . وعندما لا تعطي هذه الأدوية النتائج المرجوة منها ، حيث لا بد من تجربة الأدوية الأخرى ، ومن ضمنها مشتقات الفينوثيازيس أي Tnfluoperazine ، والنيوريدلرين (Melleril) أو

Hydroxyzine Hydrochlorid (ATARAX)، ويضاف إليها الأدوية المصادة للاكتئاب المختلفة التي هي إما من مشتقات منبهات أحادي الأكسجين أو الثلاثية الحلقية. وفي بعض الحالات، يبدو المريح مع الليبريوم أكثر فعالية. وفي رأيي وليي أن مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقية مثل «إمپرامين» قد تكون فعالة أيضاً، وسريعة جداً أحياناً، بمقادير علاجية ضئيلة.

وحدثاً أصبحت إلى الترساة العلاجية حاصرات مستقبلات بيت الأدرينالية Beta blockers المضادة للقلق، وآلية عملها محيطية بحتة.

إن البطوة على التمرّض بواسطة الدواء لا نحتاج دوماً إلى إعطاء الجرعة خلال اليوم. فإذا كان القلق يُثار فقط بفعل مواقف نوعية يمكن التسل بها، حيث يُعطى الدواء قبل ساعة أو أكثر من التعرض إلى الموقف المتوقع المثير للقلق. فالمرضى الذي يخاف من معمص الناس فيه مثلاً، يمكن أن يأخذ جرعة مهدئة قبل ساعة من المشول أمام الناس (إلقاء محاضرة مثلاً). والفرد الذي يخاف من الطيران يمكنه تناول حبة دواء قبل ركوب الطائرة، وهذا ما يجعلنا نعتقد أن كثيراً من المرضى يكتشفون بأنفسهم أن بإمكانهم حماية ذواتهم ضد مواقف قلق قابضة للتنبؤ بهذه الطريقة.

ويطالعنا ذروي وجماعته (١٩٦٣) بأهمية مستحضر إمپرامين في علاج السلس البولي الليلي عند الأطفال، ولكن ليس على أساس الشفاء بل ضبط القَرَض، إلا أنه اتضح أن ٣٠٪ من الأطفال الذين أعطوا هذا المستحضر نحلصوا من السلس البولي نهائياً، بعد سنة من تناول هذا العلاج تناولاً مستمراً.



كذلك صحيح ثروبي وجماعته (١٩٦٤) في إضعاف القلق وتأخير  
 دمن المي عند مرضى الدفن المبكر بإعطائهم أدوية مثل ' سديريل ،  
 فاليوم ، بارديل ، بالمشاركة أحياناً مع دواء الأروغوتامين . ويمكن القول إن  
 الأدوة الجسدي الناجح المتكرر تحت تأثير هذه الأدوية يمكن المريض فيما  
 بعد من الاستمرار في الأداء الجنسي الناجح بدون هذه الأدوية .

ونمكن ينس Pills ومالك كلور (١٩٦٧) من إثارة موبات قلق بإعطاء  
 المجرّب عليه شاردة لآكات Lactate ion كما يمكن تجنب أعراض  
 القلق بإعطاء شاردة الكالسيوم Calcium ion . وهناك نوع آخر من السيطرة  
 على الأعراض عند بعض النساء المرضيات . فمن المعلوم أن ردود الفعل  
 الانفعالية غالباً ما تنفوي (إن لم تقل هي المي) بفعل العوامل الهرمونية .  
 فمد كثير من السوة يحدث تقاوم الأعراض في الأسبوع السابق على  
 الطمث ، وقد يستمر خلال فترته . ويمكن الحصول على تحس ملحوظ  
 بإعطاء مستحضرات الهرمونات الأنثوية للنسوة . وفي أكثر الأحيان  
 واحالات يكتبى بالمقادير العادية التي تغطي عادة لأعراض مع احسن  
 وأحياناً لا يشمل تحسن أعراض توتر ما قبل الطمث الأظوار الأخيرة من  
 الدورة فقط ، بل يمتد ليغطي كامل الدورة

وفي بعض الحالات عندما لا تنفع حبوب منع الحمل في نجس  
 الحالة التنورية ، نستجيب النساء استجابة جيدة لمقادير عالية من  
 البروجسترون بالفصل ، أو بالتحاميل وليس عن طريق الفم ، حيث أن  
 نجاعت غير مؤكدة (دالتون ١٩٦٤)

٢ . إضعاف القلق المنتشر بمادة نائي أكسيد الفحم مع الأكسجين  
 عندما يكون القلق منتشرأ أي عاتماً ، ويظهر نتيجة وجود إشراط

محوسات منتشرة من الإثارة أو التثبيد، مثل: المكان، والموسم،  
وإحساسات البدن (ولبي ١٩٥٨) فإن الإجراء الفعال في السيطرة على هذا  
القلق هو إعطاء المريض جرعة واحدة إلى خمس جرعات من مشرق  
مزيج الأكسجين وثاني أكسيد الفحم. وهذا المزيج يتكون من: ٣٠ / ثاني  
أكسيد الفحم + ٧٠٪ أكسجين

ويستمر المريض في استنشاق هذا المزيج إلى أن يفقد وعيه، وفن  
تكنيك ميدونا Meduna (١٩٤٧). إلا أن هذه التقنية بهذه الصورة لا تخلو  
من مخاطر.

يرى حوزيف ولبي من خلال تجاربه في وحدة العلاج السلوكي<sup>(١)</sup>  
أن أفضل استخدام يكون باستعمال أسطوانتين إحداهما فيها غاز ثاني  
أكسيد الفحم والثانية أكسجين ومزيج العاران حسب الحاجة  
وهذا ما يمكننا من علامة ذلك حسب تحمل المريض بتركيز يات  
(تركيز منخفض أو عالي حسب الحاجة والاستجابة).

وبتلخص أسلوب التطبيق فيما يلي:

بتأكد المعالج أولاً من مستوى قلق المريض وفقاً لمقياس وحدات  
القلق الموضعي الهرمي SUD، ثم يشرح للمريض ما ينبغي عليه عمله،  
ويبين له التأثيرات المحتملة. ولعل التحدي المودجي لهذه التقنية إلى  
المريض يكون بالتالي:

«إن درجة القلق العالية المستمرة تجعل من الصعب عليك  
الاسترخاء بالطريقة المعتادة، وبالتالي إضعاف القلق إلى المستوى

---

(١) الدكتور حجاز هو طبيب علامة ولبي، وقد تدرّب على العلاج السلوكي في وحدة  
العلاج السلوكي في ولاية يسلفانيا - جامعة تاميل

المطلوب أحياناً نجد أنه من الممكن الحصول على الاسترخاء من خلال استنشاق مزيج من ثاني أكسيد الفحم والأكسجين. ثاني أكسيد الفحم هو غاز موجود في بدنك وفي تنفسك، وله خصائص فسيولوجية ذات قيمة فهو يحسن التنفس، وكثيراً ما يستخدم لانعاش المرضى تحت التخدير.

الآن سأعطيك جرعة استنشاقية من غاز ثاني أكسيد الفحم تتجاوز النسبة الموجودة في رثبك. وعندما أصلاً الكيس الذي يتصل به القناع بمزيج من الغازين سأطلب إليك أن تستنشق هذا المزيج بواسطة القناع بشهقة واحدة فقط. وبعد عدة ثوان تبدأ بملاحظة بعض الأعراض التي تبدو لك غير عادية، ولكنها ليست غير سارة. قد تلاحظ أن ثقتك أصبحت نصيراً (دولة تهسية)، وأن دقائق قلبك بدأت تردد في تسرعها (حدثها صناعياً ما نسميه فرط تهوية وثوية Hyperventilation)، وأن وجهك قد احترق، وأن الحذر أصابك (تنميل في الأطراف)، وتنصح في حالة نشب الدوار، إضافة إلى إحساسات أخرى. وهذه الأعراض طارئة. نبغ شحتها خلال خمس ثوان ومن ثم تتحصر.

الآن، أريد منك أن تمسك القناع بيدك، وتراقب امتلاء الكيس بالمرتين، وبعد عدة ثوان سأطلب إليك أن تفعل التالي:

أولاً أؤمر الهواء الموجود في صدرك بالقدر الذي تستطيعه ناباً ضع القناع على مسحريك ودقك بإحكام تام. ثانياً اصطح الرر الموجود في القناع فيتحرر الغاز، ويدخل فمك. ولبعاً. استنشق الغاز بما يعادل نصف رثبك منه. خامساً: أبعد القناع عن وجهك.

في بعض الحالات يحدث امتلاء نصف المرة بمزيج الغاز الارتكاس الرثوي المطلوب، بينما في حالات أخرى يكون الارتكاس قليلاً، وأحياناً معدوماً. وهنا تُعطى استنشاقات كاملة متزايدة، وتصح -إذا استرجعت

الضرورة - بتركيزات عالية من غاز ثاني أكسيد الفحم ويصحح ألا يتم ملء الرئة بانعاز املاءً كاملاً في المرة الأولى، خاصة عندما يكون هناك أي سبب ما يوحي بأن المريض قد يُصاب بالاضطراب، بفعل الإحساسات غير العادية التي يشيرها الغاز. ومن المهم الاستعلام من المريض مسبقاً عما إذا كان لديه مخاوف من الاحتراق أو المواد التخديرية. وإذا جاء الاستعلام إيجابياً، حيث لا بد من اتحاد البيئة المناسبة في هذا الأسلوب من العلاج، وذلك بتزويد المريض بالمعلومات عن التعود لمدة عدة دقائق في كل جلسة من الجلسات المتتابعة.

فهي ياديء الأمر يُطلب إلى المريض ألا يفعل شيئاً سوى مست الفقاغ، ثم ينشق من الفقاغ وهو على بعد إتش أو إتش من مسحبه، أثناء خروج مريح الغاز من الصباب المفتوح، ثم يأخذ استنشاقاً صبراً من انعار، وبعد ذلك يأخذ عدة أنفاس عميقة مرابدة، مع موقوفات بينها إلى أن يستنش كامل مقدار الغاز الموجود في الكيس.

هذا وعلى الرغم من الحجم الكبير المتخذ، يمكن أن يتعرض بعض الأفراد إلى التحسس، مما يجعل هذه الطريقة غير مناسبة لهم إطلاقاً

وما لم يُحدث هذا المريح الارتكاس التنفسي المطلوب، فإنه من غير الاعتيادي مشاهدة تخفيض مهم بمستوى العلق وإذا صدد ولم تُحدث الجرعة الاستنشاقية الكاملة من هذا المريح فرط التهوية الرئوية المطلوب (ضيق نفس + تسرع القلب) فإن تأثير هذه الجرعة يمكن ربهادته بإحدى المناورات التالية:

- أ - الطلب إلى المريض أن يمسك نفسه بعد استنشاقه للغاز
- ب - الطلب إليه استنشق الغاز مرة أو مرتين متتبعياً، أو زيادة تركيز ثاني أكسيد الفحم إلى المقدار ١٠٠٪ إذا تطلب الأمر

مد كل استئاق يطلب المعالج من المتعالج أن يذكر مستوى درجة  
القلق والذي يسجل وفق مجموعة الرموز التالية :

ثاني أوكسيد الفحم مع أكسجين (OX) ٦٠ ← ٤٥ ← ٣٥ +  
٢٥ ← ٢٠ ← ٢٠ .

تشير مجموعة الرموز المذكورة إلى أن أربع استئاقات من مزيج  
الغاز أضعفت القلق اللدائي من درجة ٦٠ إلى درجة ٢٠، وأن الاستئاق  
الخامس لم يؤثر حيث بقيت الدرجة ٢٠، وأن الفشل في تخفيض الدرجة  
٢٠ مرده إلى توقف إعطاء الغاز. ورغم أن درجة القلق التي وصل إليها  
المريض (وهي ٢٠) لا تكون مثالية عادة، إلا أنها برهان ذاتي على أن  
جهود المريض المبدولة للاسترخاء وإضعاف القلق إلى درجة الصفر، هي  
أكثر احتمالاً من جهوده في إضعاف القلق عندما كان في دورته بدو  
٦٠

ويحدثنا جوزيف وليي أن حوالي خمسة مرضى يشكون من القلق  
المعمم استجابوا إلى هذه التقنية المقارئة (وليي ١٩٦٩). ومن ناحية أخرى  
مرى أن القلق العصامي لا يستجيب إطلاقاً إلى هذه التقنية إن لم نفل إنه  
يرداد سوءاً، وهذا ما يجعل هذه التقنية مثابة تشخيص تفرقي بين القلق  
العصامي والقلق العصامي الطابع، ولكنها أقل وثوقية من نهجنا بؤبؤ  
العين (روبين ١٩٧٠).

لا نعرف حتى الآن بالدقة آلية المفاز في إضعاف القلق، ولكن  
بصرها وليي أنها قد تكون من نوع التثبيط المعاكس Reciprocal  
inhibition للقلق بالاستجابات المباشرة إلى الغاز، أو بالاسترخاء  
الارتكاسي الذي يعقب استئاق الغاز أو بالاثنين معاً. لكن من المؤكد أن

التأثير ليس فارماكولوجياً مباشراً يستند إلى وجود ثاني أكسيد الفحم في البدن. ولعلم أن استنشاقاً لمرة واحدة أو اثنتين من شأنه إزالة الفلق الفحم وتأخير مدة تساهب أو عدة أشهر، أو على أقل تقدير عدة ساعات (ولبي ١٩٥٨).

إن التعريض إلى موقف منه نوعي مثير للفلق يظهر دوماً الشروط المسبقة لإعادة ظهور الفلق الفحم المتشتر الذي تم إخضاعه باستنشاقات الغاز الثاني، وحين يستطيع المريض تجنب مثل هذه المواقف المشطة بهذا الفلق يصبح متحرراً منه. وتشير ملاحظات كل من لوكيل Leukle و كيتون Quinion (١٩٦٤) إلى أن اكساب إشرط التجنب من قبل الحرداء، قد تآدى بفعل إعطاء ثاني أكسيد الفحم. فكلما أسرعاً يعطاه العار بعد حدوث الإشرط، تزداد التأثير اللي

ويمكن القول إن الاستجابات القوية في الجملة العصبية الدانية (الإعاشية) التي يثيرها غاز ثاني أكسيد الفحم تبدو مافسة للفلق الفحم المتشتر وأكثر قوة منه. أي تعبير آخر إن الغاز يثير قلماً أشد من الفلق الفحم، لذلك نضعفه ويخمدته ويشطه.

ونعلم أيضاً أن التأثيرات المهيجة للغاز يمكن استخدامها لإزالة إشرط عادات فلق نوعية.

### ٣ - استعمال الأدوية لإزالة الإشرط النوعي

من المعلوم أن الأدوية تثبط الفلق لا سيما المهدئات الكبرى، وهذا التثبط للفلق من شأنه أن يلهي السهات الموقية المثيرة للفلق، فيكون بمثابة تثبط معاكس لها، وهذا من شأنه إزالة المصاحب النفسي من خلال إزالة التحس من المواقف المثيرة للفلق. وتطلقاً من هذا الاعتراض

عند انعدام وينكلمان (١٩٥٥) إلى إعطاء مرضاه مستحضر كلور  
برومارين (المهدئات الكبرى) لمدة ستة أشهر أو أكثر قليل، بمقادير  
كافية ليحصل على انخفاض ملحوظ للأعراض العضلية، ثم سحب هذا  
الدواء تدريجياً، وقد وجد تحسناً استمر قرابة ستة أشهر على الأقل بعد  
سحب الدواء عند ٣٥٪ من هؤلاء المرضى. ولوهذا الحد لم تكن هي  
نجربته ثمة ضائقة لمقارنتها مع الفئة التي أعطيت كلور برومارين حتى  
نعرف تأثير البلاسيو بالمقارنة مع ذلك الدواء.

ونظيماً لهذا الأسلوب عند وليي إلى استخدام الدواء في عملية  
إزالة التحسس الميدانية عند طالب لديه رهاب الصف وكان على الطالب  
أن يأخذ الدواء باستمرار قبل كل مرة يتوقع فيها حدوث اضطراب له في  
الصف وقد اتضح عدم شعوره بقلق مهم عند التعرض إلى المواقف  
الموترة في الصف وهو تحت تأثير الدواء، وكان هذا الدواء من  
سيرراميت<sup>(١)</sup>. ومن ثم توقف المجرب وليي عن إعطائه هذا الدواء مع  
استمرار التلميذ في تعرضه للمواقف المدرسية الموترة، فلاحظ أن قلقه قد  
نصاعل بسنة ٤٠٪ عن شدته السابقة قبل العلاج بالدواء.

وفي تجربة ثانية بعد ستة أسابيع أظهر الطالب تحسناً في القلق  
مقداره ٣٠٪ بحيث كاتب نسبة التحسن العامة بحدود ٧٠٪.

رسمكي وليي أيضاً من الحصول على شعاع تام من حالتي رهاب  
الخوف من المثنوية البدني عند مريض يخاف من الجلوس على كرسي  
الحلاقة، وآخر يعاني من رهاب ركوب الطائرات. واستخدم للمريض

(١) كان هذا المهدئ يستخدم على نطاق واسع في الخمسينات قبل دخول النايوم  
إلى السوق، وقد سحب من الأسواق بسبب إسهاله المتعدد والإدمان

الأول الكودائين كمشط للقلق خلال جلوسه على كرسي الخلافة، ودواء  
سيروماميت خلال تعرض المريض الآخر لركوب الطائرة وهناك حالات  
تأثت ودفع ميكروناجم عن القلق نجحت فيها المعالجة الدوائية (أرفين  
١٩٦٣).

وبدخول مشتقات بنزودازينات (فالبروم، ليريوم إلخ.) إلى  
الأسواق بذت معالجة المضاعفات من هذا القيل ذات قيمة، حيث يمكن  
زيادة جرعتها فتزيد القدرة على إضعاف القلق بدون حدوث ناس شديد،  
إلا في حالة الجرعات العالية.

بالطبع، إن الفرض من إعطاء هذه الأدوية هو لأغراض التعرض  
للمضاعفات المحدثة للقلق فقط، وإضعاف القلق في هذا التعرض لا يجب  
أن يتخذ عادة مطلقاً، كما يفعل الأطباء النفسانيون عموماً في حالات  
المخاوف لدى المرضى، فيعطونهم هذه الأدوية كوصفة يومية، وفي  
الوقت نفسه يتجنبون علاج مخاوفهم ومما يقوله العلامة بلفر، أول من  
جرب الليبريوم في إزالة رهاب السطح، ورهاب اجتماعي (المخوف من  
تلوث الطعام أمام الناس):

«يُعطى الدواء فقط لإزالة التحس، وليس أبداً على أساس دائم  
فالمرضى يحفظون للتعرض لمخاوفهم، فيأخذون الدواء، وينتظرون  
حتى يبدأ تأثيره، ثم يعرضون أنفسهم للمواقف المثيرة لمخاوفهم (إما  
بالنخيل أو الواقع الحياتي)».

وقد أثبت التجارب أن مدة علاج رهاب بلغت أربعة أسابيع في  
إحدى الحالات، وستة أسابيع في حالة أخرى. «قد تم شفاء الحالتين  
تماماً بدون الاستمرار في تعاطي الدواء بعد متابعة دامت ستة أشهر».

هناك نقطتان مهمتان يجب إدراكهما فيما يخص برامج إدارة



التحسس المنفردة ميدانياً تحت تأثير الأدوية المهدئة. أولاً، إن فعالية هذه لراميح، تعتمد أساساً على ضمان عدم حدوث إثارة قلق عالية إطلافاً، وإلا فإقناع من المتوقع أن يحدث إعادة إشراط بدرجة مهمة من القلق، وبالتالي فقدان الأروية التي تم اكتسابها. وثانيهما، إن محاطر الإدمان على الدواء تكون خفيفة عندما تكون مدة العلاج الدوائي محدودة الزمن، وذلك خلاف تقنية الإعراف التي ذكرناها في فصل سابق

وعندما يروى إشراط ردود الفعل المضايقة، فإن المقادير الدوائية المطلوبة لإزالة الأعراض تصبح أقل، بحيث يفتقر بالإمكان وصف الدواء قبل إنهاء المعالجة.

#### ٤ - إزالة التحسس النموذجي عن طريق التخييل، بواسطة الأدوية المثبطة للقلق المعطاة عن طريق الوريد

يُمد الدواء Methahexdione sodium الذي يُباع تحت أسماء تجارية، مثل Brial أو Brevital في الولايات المتحدة الأمريكية، والذي يستخدم وسيلة للتهدئة في أغراض إزالة التحسس، يعدّ في نظر الدبر استعماله أمثال فريدمان وسيلفرستون (١٩٦٥) مادة مثبطة للقلق ويمكن إشراكه في تعليمات الاسترخاء، ويعتبره ماوسون (١٩٧٠) أكثر فعالية من الاسترخاء نفسه

وذكر لنا العلامة برادي Brady (١٩٦٦) المشهور بطريقته في استخدام هذا المستحضر، حالة سوسة يشك من البرود الجنسي لجأ معها إلى إزالة التحسس بواسطة التخييل. إذ كان بعد مقدمة تفسيرية للمريض، يطلب إليها أن تجلس على كرسي مريح ويبدأ بحققها بمقدار ١٪ من هذا المحلول وتتلخص تعليماته فيما يلي:

الحلال ٢ - ٤ دقائق التي يحتاجها هذا الدواء ليصل إلى ذروة تأثيره، يقدم للمريضة إيجاءات هذوء واسترخاء مثل الذي ندحا إليه لاستثارة التنويم. وما أن يتم إيصال المريضة إلى استرخاء عميق يُطلب إليها أن تتخيل، بأكثر ما تستطيع من حيوية، أنها وروجها يجلسان في غرفة الجلوس بإسبابهما وأنه يقبلها بحرارة وهذا المشهد التحبلي يشل أضعف موقف مشير للتوتر في السلم الهرمي لوحداث المواقف المؤثرة. وعليها أن تتخيل هذا الموقف بجميع إحساساتها البصرية والسمعية وهي مشرعية (يُسمح لها أن تتخيل هذا الموقف لمدة دقيقتين، ومن ثم عليها أن تتوقف عن تحبلة وتعود إلى الاسترخاء). وبعد استرخاء مدته دقيقة تعود مرة ثانية وتتخيل الموقف لمدة ثلاث دقائق. وبعد فترة استرخاء أخرى، وعلى افتراض أنها لم تعد تشعر بالقلق، عليها أن تتغل إلى الموقف الآخر المُعرج في السلم الهرمي وهكذا دواليك. . . كما رأينا في التكبيك النموذجي لإزالة التحسس المنهجي. . . وفي هذه الأثناء يكون تأثير الدواء المذكور قد تضاعف وراح بعد ٤ - ٥ دقائق، ولا يد من إصاح مقدار حديد منه لاحقاً وحلال جلسة نموذجية نحتاج المريضة إلى ٥٠ - ٧٠ مليغراماً من هذا الدواء وبعد آخر منظر تحبلي يسمح للمريضة أن تبقى على الكرسي لمدة عشر دقائق".

ويذكر مرادي أن خمس حالات من الحالات التي عالجاها نجحت نجحاً ملحوظاً، بمعدل وسطي قدره ١١ جلسة، وأن المتابعة العلاجية لم تكشف عن أي انتكاس أو ظهور أعراض جديدة

وهناك مستحضر اسمه التجاري (بانثونال) تركيبه (Thiopental sodium)، استخدم على نطاق واسع في الحرب العالمية الثانية، في العملية العلاجية المسماة التحليل النفسي بالتحدير (Narco analysis).

فالمعكري المصاب بمُصاب الحرب يتم حثه على تذكر تفاصيل الرصد تحت تأثير هذا المخدر، لتجميع الرض النفسي القتالي، أي بعبارة أخرى تعرضه ثانية - تحت تأثير المخدر - للمحادث الرض القتالي لتحليله من الرض المُصابي الكامن في لا شعوره، وهذا الملاح يعطي فوائد التحليل النفسي الآتي.

ويطالما حسين Hussain (١٩٧١) عن نتائج علاجية مجتمعة في استخدامه البانتوتال عند تطبيق تقنية «الإغراق Flooding» في علاج رهاب شديد. إذ إن هذه المادة كانت تمنح المتعالج استرخاءً كبيراً من خلال تعريضه للمواقف المشيرة لمخاوفه.

كما أن بوستر Poster (١٩٧٢) كان يستخدم ديازپام عن طريق الوريد للحصول على استجابة استرخائية عند مرضى قلقين جداً، ثم سعى لاسترخاء العادي في تهادنهم.

وهناك تجارب أكدت أن إعطاء دواء ديازپام ينفع في باديء الأمر في عملية إزالة التحسس عند تعذر استرخاء المريض، ولكن فيما بعد يمكن الحصول على الاسترخاء العضلي بدون حاجة إلى مهدئ.



### علاج بعض الاضطرابات النفسانية

#### ١ - الاكتئاب العُصبي Neurotic depression

من المعروف أن هناك اكتئاباً بيولوجي المنشأ (كالذهان الاكتئابي الهوسي)، والاكتئاب الموقفى Situational أي الناجم عن شذات خارجية كموت عزيز، أو خسارة مالية، أو صدمة عاطفية، ويسمى أيضاً بالاكتئاب الارتكاسي Reactive depression، والاكتئاب العُصبي وهو ناجم عن قلق إشرطي

يتميز الاكتئاب العُصبي بطبيعة متذبذبة، تتوقف على العودة المتبدلة للقلق المُثار الإشرطي، وهو يختلف عن الاكتئاب الداخلي المنشأ (المصوبة) التي يتسرع ظهورها بفعل الشدة. وهذا الاكتئاب العُصبي يحدث بفعل البات مازالت قيد التعرف إليها.

ورغم أن الاكتئابيات العُصبية والداخلية المنشأ تقع في تصنيف الاكتئاب، إلا أن هناك فروقاً بينها. فالأكتئابيات الداخلية المنشأ نجح إلى الأرق الممثل بالاستيقاظ الباكر، والتثبط العقلي - الحركي ومشاعر الإثم واتهام الذات. وهناك أيضاً فروق أخرى ترتبط بعتبة الاستجابة للمهدئات، أي مقدار المهدىء المعطى عن طريق الوريد والذي ينتج عنه

عدم استجابة إلى التسمية اللفظي، حيث تكون القدرة محصورة في  
لاكت - معنوي، ومترجمة في الاكتئاب النصفي.

هذه ويمكن القول إن الاكتئاب النصفي هو نتيجة لـ.

- أ - القلق الإشرافي الشديد، وهو النوع الأول
- ب - القلق القائم على الأفكار المخافة المحقرة للدات، وهو النوع  
ثاني أو النوع الثاني
- ج - العجز في السيطرة على المواقف اليأسية (العلاقات  
الاجتماعية)، وهو النوع الثالث

د - المتابعة في الرضا النفسي على موت أو فاجعة، وهو النوع الرابع  
ويصاحبه النوع الأول (قلق إشرافي شديد) بإزالة الإشراف، بواسطة  
تقنية راحة التنفس المنبهي أو باقي ضيقة أخرى مسببة، وحيثما  
يتضمن التفوق يصح الاكتئاب أقل شدة وتكراراً ووطأة. وعادة ما  
يحسن نهائياً قبل أن يتم إزالة الإشراف التلقائي بإزالة غمّة

أن النوع الثاني يتم علاجه من خلال التصحيح المعرفي، أي  
محصنة الأفكار المخافة المحقرة للدات

ومثالاً للعلاج حالة امرأة عمرها ٣٥ سنة .. قصص مسيرات  
العشر السابقة من عمرها وهي تعاني من تهييج واكتئاب شديد وعذما  
تصح لها في جلستها العلاجية الثالثة أن أفكارها حيار عليها هي أفكار  
مغلوطه، بدأت تشعر بالراحة الانعماية، وكثرت المواقف المرتبطة  
بالاكتئاب الارتكاسي من مهاجنتها ثم تابعت تعارفها بإخلاص في بلد  
الجهد الرامي إلى استواء حياتها الجنسية خلال الأشهر التالية من العلاج.  
وخلال متابعة دامت تسع سنوات لم تصب بأي أعراض اكتسابي

أما النوع الثالث (عجز في السيطرة على العلاقات اليأسية) فإن

لعلاج يكون بغية تأكيد الذات. وفي بعض الحالات يتم التدريس مع الحروف الاستثنائي بأسلوب إرادة الشخص المنهجي الذي سبق التدريب على تأكيد الذات

يكون علاج السخ الرابع وفقاً لما يلي:

(١) إذا كان الاكتئاب شديداً وطويلاً الأمد، فهذا يشير بوجود تعامل بين الاستجابات للمحادثة الرامة، واستعداد فيولوجي مبدئى عدم المكتف أى بتعبير آخر إلى الشدة قد عرضت الاكتئاب 'مخاض' النفس

(٢) في حالات أخرى، يكون الإشرط المميز كائناً لتفسير رؤا التمثل المالح فيه إراء الفاجعة أو الحسارة، ويتوضح أكثر يكون التفتيح قد سبق ونحس كثيراً من فاجعة سابقة، فجاهت المحادثة لتتبع بشدة بشرط للأولى.

وإذا كان هناك عنصر فيولوجي في الاكتئاب فلا بد من إعطاء مدد المصاد لاكتئاب. وإذا كانت الفاجعة، أو الرقص، من قبل محب، ودت إلى تحقير الذات، فلا بد من العلاج المعرفي فتتأثر على صحيح الأفكار العاطفة أما فرط ود التعلل بسبب الحرمان انتقام على بشره من سبب إراء الفاجعة أو انحصارة فإن الحالة تعالج حيث يتبدل بآرانة شخص

وفد تارو راش Ruch وجماعته (١٩٦٦) العلاج المعرفي بعلاج الفارماكولوجي للاكتئاب، فلم يجد تفرقاً بين 'الاكتئاب' معصية والبيولوجية ومن بين الاكتئاب الأولى لم يجد فرقاً بين تلك التي أساسها معرفي، والأخرى التي تُعزى إلى الإشرط الكلامي (كمد هو معلوم أن أنواع الاكتئاب كافة تحت نظرية العلامة المعروف بـ Beck

هي معرفة الأسباب، وهذا ما يعسر عدم نجاحات العلاج الدعوائي)

## ٢ - الحوف من الأمراض البدنية

يواجه المعالجون عادة صعوبات ودود الفعل التحولية عند المرضى التي تثيرها إحساسات البدن. فالمنبهات الداخلية المنشأ هي بالقدرة نفسها على خلق إشارات الحوف مثل المنبهات الخارجية. وغالباً ما تكون المنبهات التي نحن بصددنا من نتائج الحوف ذاته؛ مثل تسرع القلب، أو الصداع وتورق واحة الكف، والناثرات المحتملة لفرط التهوية الرئوية؛ مثل الدوار، والإغماء، وقصور التنفس (زلة تنفسية) حيث تحدث هذه الاضطرابات حلقة ممية بالتدعية الراجعة المتبادلة بين الحوف وأعراض البدنية

أما السؤال المهم الذي ينبغي طرحه فهو هل تثير الأعراض الحوف إثارة آلية أوتوماتيكية بفعل الإشارات الكلاسيكي، أو أن الأعراض ذات مصابيح مخيفة؟

قد يعتقد المريض أن الأعراض قد تحدث بعدان الوعي، ولحلل العقلي واسترخاء القلب أو الموت. وإذا كان هذا ما يعتقده فعلاً، فلا بد حينئذ من تصحيح وإزالة الأفكار والمعتقدات الحاطة التي نسب له الحوف المعرفي. ويكون التصحيح بطمأنته أن الأعراض ما هي إلا رد فعل طبيعي للحوف، وبإعطائه أقصى وأقوى التأكيدات بأن الأعراض يستحيل أن تحدث له ما يتوقعه من نتائج خطيرة على حياته.

عندما تكون الأعراض مثل: الدوار، والحذر الحسي، والصداع، أو العثيان من نتائج أو أسباب فرط التهوية الرئوية، فإنه من الأهمية بمكان أن يبرهن للمريض ذلك بإحداث فرط التهوية القصوي (جعل المريض



يسرع في تنفسه ودهيره فيحدث لديه فرط التهوية)، أي التمسك عميقاً وسرعة حولي دورة واحدة - شيق وزفير - كل ثانية، وعليه أن يُعلم المعالج عن أي إحساس غريب يشعر به خلال هذا التنفس السريع، وعن أي تدخل يمنع إعاقلة العملية التنفسية. وعادة تظهر أعراض فرط التهوية بعد دقيقتين أو ثلاث دقائق من تصحيح التنفس السريع.

ومن خلال إدراك المريض الميائس أن فرط التنفس هو سبب الأعراض، حيث قد يتخلى عن معتقده الحاطي. بأنها، أي الأعراض، لذهير الاضطراب العقلي أو غير ذلك من المشكلات التي يخاف أن تصيبه بعدئذ نعلم المريض كيف يسيطر فرط التهوية المسؤولة عن الأعراض التي ذكرناها ويسيطر عليها وذلك بإغلاق فيه بإحكام (لويس Lewis ١٩٥٤) وهذا الإجراء من شأنه أن يمنع تطور الأعراض اللدنية لفرط التهوية، وعالماً ما يؤدي إلى تراجع الأعراض. ويقترح كل من هوجدين وحولي (١٩٧٩) وضع برنامج يومي بتصح فرط التهوية للمريض كي يتعلم السيطرة عليها.

وعندما تستمر الأعراض المرتبطة بالقلق عند المريض، وعم معرفته مبدئياً، فإنه من الممكن إزالة إشارات الخوف بتعريض المريض إلى استخدام متدرج من استنشاقات مزيج ثاني أكسيد الفحم مع الأكسجين ويستند تفسير هذا الإجراء على الأرضية المتداخلة بين عناصر الملوك، واستجابات الجملة العصبية الذاتية إلى هذا المزيج. فمقدار قليل من هذا المزيج يثير مقداراً قليلاً من تسرع القلب. والقلق المترتب عن هذا التسرع يفترض أنه سيتم تثبيطه بالانرخاء الذي يعقب التعرض للمزيج الغازي.

إن الأعراض البدنية التي لا يحرضها القلق مثلما هو الحال في فرط التهوية الرئوية، يمكن أن تكون هي حالة إشارات باستجابات الحرف

والأكثر مشاهدة، العرد الذي يبدي استجابات خوف شديدة إزاء اضطرابات قلبية فيزيولوجية المنشأ (مثل اضطرابات نظم القلب المختلفة المنشأ، أو ألم في الصدر). ولا بد هنا، أولاً، من التأكد من عدم وجود مرض قلب إكليلي أو غيره قبل أي إجراء علاجي نفسي. وفي بعض الحالات نجد أن طمأنة الطبيب الداخلي للمريض تكون كافية لإزالة الخوف، وفي أحيان أخرى يحتاج التوجيه المعرفي لنفي خطورة الأعراض القلبية إلى تدعيم بالتعرف المقاطع إلى السبب الحقيقي للألم (أي إعطاء تعليل للألم وليس الطمأنة فقط بعدم خطورته) فقد يعود السبب في ألم الصدر إلى تراكيب العضلات الوربية الصدرية، أو إلى امتداد غازي في المعدة أو الأمعاء ويمكن المبرحة على ذلك بإعطاء المريض كأساً من عصير برتقال أصيغت إليه ملحقة بكاربونات الصوديوم، فالألم يمكن أن يحدث بالإحياء الذاتي، إلا أنه يظل نشطاً في إثارة القلق حتى بعد افتئاع المريض بأن لا علاقة لهذا الألم بأي آفة قلبية، وذلك لأن الألم في كثير من الحالات يكون في حالة إشراط مباشر باستجابة القلق. وهذا لا بد من اللجوء إلى علاجنا التقليدي؛ أي أسلوب إزالة التحسس المبهجي، ويحتوي سُلّم وحدات المواقف الهرمية القلبية عادة على ألم نوعي يتوضع على مسافات متزايدة من منتصف الصدر بدءاً من أسفل الظهر وإذا كانت تسرعات القلب هي بمثابة منه للقلق، فإن سلم وحدات المواقف الهرمية يحتوي على عدد مناسب من الضربات القلبية الضائعة (أي حوارج انقباض بطينية Premature ventricular beats).

وعندما يعجز المريض عن استحضار الأعراض في مخيلته استحضاراً فعالاً حيويّاً بسبب له الاضطراب الفعلي، فلا بد والحالة هذه من تصنيعها عملياً واقعيّاً. فيمكن إثارة الألم باستخدام أداة حادة أو

بواسطة الحرارة. أما تسرع القلب أو خفقانه فيصنّفان معرّط التهوية الرئوية، أو استنشاق مريخ ثاني أكسيد الفحم مع الأكسجين، وأحياناً يتم رفق المريض وريدياً بمادة الأدرينالين.

إلا أنه نظراً لصعوبة تحقيق سيطرة كمية على المبة المُثار مُنبأً، فإن طريقة الملاح المفضلة هي طريقة الإغراق Flooding وليس إزالة التحسس المنهجي.

وهنا يُحسن أن أذكر أنني لجأت<sup>(١)</sup> إلى طريقة جمعت فيها التبدل المعرفي مع التعريض السلوكي الميداني اللواقحي في علاج الخوف من الأعراض غير الساجمة من القلق، أي الخوف من تسرع القلب الحميد غير المعسوي، وذلك بحمل المريض يواجه الأعراض عندما تحدث باستجابة استرخائية (أحياناً بمساعدة المهديء الذي يعطى عن طريق الثوريد) وفي الوقت نفسه يعرض المريض الأحاديث مع الذات الإيجابية الإيجابية التي تدور حول الطمأنينة كأن يقول ل نفسه: «هي أعراض غير خطيرة ويجب ألا أعيرها الاهتمام أو أن أدعها تثير خوفاً...» لأنني كلما تخوفت عدى هذا الخوف الاضطراب».

وأحياناً يُطلب إلى المريض وهو مسترخ أن يحوّل انتباهه إلى موضوع سار أثناء تعرضه لهذا الاضطراب، وقد حصلت على نتائج علاجية جيدة في التعريض الإغراقي بواسطة الاستجابة الاسترخائية مع تبديل الأفكار السلبية الكارثية، وذلك في حالتين من هذا القبيل

### ٣ - رهاب الساح Agoraphobia

القاسم المشترك في جميع أنواع رهاب الساح يكمن في استجابة

(١) محمد الحجازي

المريض الطردية أثناء ابتعاده عن مكانه الأمين أو الشخص القريب منه إلا أن الحالات تختلف اختلافاً شاملاً بتركيب المنه ٢ الاستجابة، مما يجعلها تستدعي معالجات مختلفة. وتقدم «صعقات» علاجية على عدد واحد إلى كل المرحى المصابين برهاب الساح أمر يدعو إلى الأسف (بارلو ١٩٧٩).

وفي قليل من الحالات لا يبدو رهاب الساح أكثر من خوف من الغراق والابتعاد. وفي حالات أخرى، يظهر تحليل السلوك أن ما يخافه المريض فعلاً هو أن تحل به كارثة شخصية وقد وجدت في حالة رهاب الساح عدد شاب عمره ٢٥ سنة خوفاً من الأعراض البدنية التي تنبأه (تسرع القلب، ضيق التنفس - أي أمراض جزع مصحوبة بفراط تهوية رئوية)، وكان ذلك الشاب يظن أن هذه الأعراض متفشي عليه، صار يهدف من معاداة منزله. كما اجتمعت بمريض آخر كان يعتقد بأنه على وشك التعرض لوبة قلبية كلما شعر بشيء من الأكف في صدره. وكان نفيه يرداد حذره كلما اهتمد عن محيط منزله الذي يؤمن له الإسعاف وعلى هذا يبدو رهاب الساح مماثلاً لعصاب «المراق» Hypochondria (الاشعالات الوسواسية بوظائف البدن).

وليعلم القارئ أن إزالة استجابة للخوف للأعراض عادة ما يشفي رهاب الساح ذاته. ومع ذلك نجد في حالات أخرى أن الخوف هو من السوء المصادف في العالم الخارجي - الناس المجانين والتعدي الجسدي - . فقد نجد مثلاً عند مريض ما خوفاً من الناس الذين يلعبون البسة عربية. والنوع الآخر لمثل هذه الحالة هو رهاب المدرسة؛ حيث نجد أن خوف المريض يتركز على المدرسة.

وقد شاهدت<sup>(١)</sup> حالة رهاب الساح (الخوف من الناس والتجمعات)

---

(١) محمد الحجار.

عند شاب عمره ٢٠ سنة لم يعادر منزله مطلقاً منذ ستة، وكانت والدته ثورره وتخدمه في عرلته. ويعود سب خوفه إلى ظه بأنه عرصة لامتدادات الناس بسبب ما يتخيله من تشوهات وهمية في وجهه، يعتقد أنها تحتاج إلى مداخلات علاجية تجميلية (عدم تناظر الفكين ووجود عيب صغيرة وعين أخرى مسددة الجف)، رغم أن وجهه كامل وجميل، وذلك خلافاً لما يتخيله من هواجس تشويهية. وكان يرفض العلاج النفسي لأنه لا يؤمن بأي فكرة تقسمه باستواء صورة وجهه، ولذلك لارم البيت، وواصل التفكير بمشكلته وبقى هذياناته الإدراكية وعزوها وهنا نجد أن مصدر رهاب الساح عنده يعود إلى ما سببه «باضطراب صورة الذات اللدنية» Self image disturbance - وحالته قريبة من الهذيانات الشبيهة بالمعاصم

إن القلق الناتج عن العديد من الأسباب قد يكون شديداً بشكل خاص عندما يعتمد المريض عن دلو، نظراً لوجود أساس في الإلصاق لرهاب الساح. وهي كثير من الحالات يعود سبب القلق الذي يستعص إلى مستوى الجزع إلى وجود مرض عضوي عند المريض مثل تسرع القلب الاستنادي الأديبي، أو نقص سكر الدم، أو آفة قلبية في الصمامات الخ...

والأهمية الكبيرة للمعالج تكمن في إدراك أن أمثال هؤلاء المرضى هم عرصة للقلق بسبب هذه العلل العضوية، إضافة إلى إمكان وجود قلق إصراطي. وهي بعض هذه الحالات لا نجد قلقاً إصراطياً، والمريض لديه خوف حقيقي من تعرضه لنوبات عجز بدنية، ولا يستطيع التبرير إصابته بهذه النوبات، ولا يستطيع السيطرة عليها. وعلاج مثل هذه الحالات نفسياً هو خطأ جدير باللوم لأن في الخوف أساساً وحقيقة

وثمة رهاب الساح يبع من خصومات روحية، أو محاروب لا نعت

لرهاب الساح بصفة. ومن شأن علاج هذه الخصومات أن يؤدي إلى  
حتماء رهاب الساح بدون معالجة مباشرة له.

#### ٤ - اضطراب الكلام - التأتأة Stuttering

إن ارتباط معظم حالات التأتأة بالقلق الاجتماعي يمكن إدراكه  
عندما نجد أن كل مصاب بهذا الاضطراب تقريباً يتكلم بطلاقة عندما يكون  
وحده، أو أمام أفراد يشرع بالارتياح معهم، وكلما تعاظم القلق الشار  
بفعل الموقف الاجتماعي، كانت التأتأة أشد.

ويكشف تحليل السلوك عناصر التنبه في الموقف الاجتماعي الذي  
يكون مسؤولاً عن اضطراب الكلام، وعلى هذا التحليل تقوم الاستراتيجيات  
العلاجية. وفي معظم الحالات فإن التدريب على تأكيد الذات، أو بعض  
أشكال إزالة التحسس هو للعلاج، أو كلاهما معاً.

#### ٥ - الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسية - البدنية)

المرض السيكوسوماتي هو مرض بدني يتعرض المريض به إلى  
استجابات ناجمة عن الجملة العصبية الإغاشية (الذاتية) بمحل مهات  
خارجية، أو منهات داخلية المنشأ، كانت العامل البيئي أو الماهم في  
هذا المرض. ولهذه المنهات في معظمها تأثيراتها الفيزيولوجية من خلال  
إثارة القلق. ولكن هناك أيضاً آليات أخرى فاعلة في المرض (انظر إلى  
مرض الربو الذي ستكلم عنه).

ولقد تم تعريف القلق موضوعياً على أنه مجموعة الخصائص  
الفردية لاستجابات الجملة العصبية الإغاشية (الدانية) إزاء المبه المؤذي  
أو الضار. وتنصب استجابة القلق على محور معين ضعيف القوة. ويؤثر  
فرط النشاط لهذا العضو تأثيراً ضاراً سلباً على الوظيفة الفيزيولوجية

لهذا العصور ، وفي بعض الأحيان يؤدي هذا الاضطراب في الوظيفة الى حدوث آفة عصبية في العصور كالقرحة المعدية مثلاً وطبقاً للملايس ولف وولف (١٩٤٧) هناك تسميات كلاسيكية مثل «ردات المعدية» Stomach reactors ، و«ردات الفعل الأنفية» ، و«ردات المعدية» للنفس ، و«ردات فعل ضغط الدم الشرياني» ، لذا فإن الغلق عامل في استمرار المرض البدني ، لأن هذا المرض يحصر وينكمش بوزال عادة استجابة القلق .

ومن بين الأمراض الشائعة التي تفتقر بالاضطراب الانفعالي نذكر . الربو القصبي ، القرحة المعدية ، تهيج القولون ، الشقيقة أو الصداع الوعائي ، ارتفاع الضغط الشرياني ، والتهاب الجلد المصبي

ولكن معلوماً أن العامل السيكولوجي لا يكون عاملاً في كل حالة ليطلق عليها اسم حالة سيكوسوماتية . فمثلاً لآفات الدماغ المتوسط دور في اتسبب معرط نشاط الجملة العصبية الإعاشية في المعدية الذي يؤدي بدوره إلى قرط حموضة المعدية وبهذا تكون هذه الآفات سبباً لقرحات المعدية

#### أ - الربو القصبي

يُعرى مرض الربو إلى عوامل متعددة ، تتعامل فيما بينها لتحدث الاضطراب من ضمن هذه العوامل . العمليات النحسية ، والحساسية (الالتهابات البكتيرية والفيروسية) ، والانفعالية . وأي واحد من هذه العوامل أو أي خليط أو مزيج منها قد يسبب هذا الاضطراب (ريس ١٩٥٦) .

وهناك تقسيم عام ثانوي لهذا الاضطراب ، يستند إلى معيار طبية

متعددة، ويصف الحالات إلى استعدادات مسقة (جينية وراثية) عضوية عالية، وحالات تكون فيها هذه الاستعدادات ضعيفة (محمضة (بلول وجماعته ١٩٦٤). فالعوامل النفسية تؤدي دوراً كبيراً في المصنف الثاني (الاستعدادات المسبقة ضعيفة).

وفي السنين الأخيرة أظهرت دراسات عديدة نجاح العلاج السلوكي في الربو القصبي. وقد طبقت ثلاث تقنيات في علاج هذا الاضطراب الذي يحرصه القلق: بإزالة التحسس المنهجي، وعلاج الاسترخاء، وعلاج الاسترخاء مع الإيماء. وقد اتضح من خلال دراسة تجريبية ضابطة، نفي إزالة التحسس المنهجي تعرفت على التفتيش الآخرين في زيادة السعة الرئوية

ها لا بد من وقفة نستوجب التوضيح؛ هي لماذا يعمل القلق على نشيط الحملة المعصية نظرية الودي (نظير الودي يضيق القصبات الهوائية في الرئة) فيؤدي ذلك إلى حدوث التوبة الربوية؟

يرى هامن (١٩٦٦) أن هناك بروفياً غير عادي للاستجابة الساجمة عن الحملة المعصية الإعاشة إزاء الموترات عند المصابين بالربو. صلاباً لمعدل ضربات القلب والضغط الدموي (يرتفع المعدل ما يعمل نبه الحملة الإعاشة لهما)، فإن مواصلة الطرق الهوائية والمعدلات التنفسية عند المصابين بالربو هي في اتجاه معاكس بالنسبة إلى أفراد التجربة الضابطة. وإلى جانب حالات الربو التي يكون القلق فيها راسطاً هي نوبات الربو، هناك حالات أخرى يكون فيها التصبب النفسي مرتبطاً بإشراط مباشر بالمنبهات للحبادة السابقة

في البداية، لا بد أن يتحدد في التفرؤ السلوكي لأي حالة ربو، إذا كان القلق عاملاً سببياً وإذا كان الأمر كذلك، حينئذ يتعين أن تُعالج



الحالة كما يفرضها التحليل السلوكي أما إذا لم يكن الأمر كذلك فإن الاعتبار يجب أن ينصب على محاولة خلق إشراط التوسع الفصفي على أساس التصدية الراجعة<sup>(١)</sup>

### ب - ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي

رغم أن أسباب ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي غير معروفة حتى الآن، هناك ما يستدعي الشك أن الاستجابات الفلية - الوعائية الإشرافية الناجمة عن المنبهات البيئية تعدّ عنصراً أساسياً في كثير من حالات الضغط، وهذه الحالات بالذات هي التي يُتوقع أن تستجيب للطرق السلوكية

رئيس لنا جاكوبسون (١٩٣٩) منذ مدة طويلة أن إرخاء الجهاز العضلي يخفّض الضغط الأعظمي والأصغري للدم. وفي أبحاث حديثه (١٩٨٠) وجد جاكوبسون انخفاضاً دائماً ومهما لضغط الدم عند ثلثي ٩٠ مريضاً، وهالك العديد من الدراسات تشير إلى النتائج نفسها ومن صمها الاسترخاء بواسطة التنفذية الميولوجية الراجعة.

أما هوستون وزوراوسكي (١٩٨١) فقد أفادا نتائج مشجعة من خلال استخدام الطريقة التنفذية التخيرية للقلق التي لتدعها سوين Suinn، ويُظلل فيها إلى المريض أن يسترخي، وفي الوقت نفسه بتحويل مواقف ماضية مؤثرة (تدريب تطعيمي ضد التوترات المرافقة للضغط الشرياني). وهنا يبتق السؤال التالي. هل يمكن، إذا كانت فترات

---

(١) انظر محاضرة الدكتور محمد حجاز بعنوان: أهمية العلاج السلوكي في الربو الفصفي فلوریدا عام ١٩٩١ م، مؤتمر المؤسسة الوطنية الأميركية للتطبيقات الأكليبية

التدريب الاسترخائي اليومية متقطعة، أن تحقق انخفاضاً مستمراً ودينامياً في ضغط الدم؟

الواقع إن هذا التدريب يحتاج إلى يوم بيوم، وساعة بساعة في قراءات للضغط الشرياني، للتأكد من تأثيرات المعالجة سلباً أو إيجاباً في امتدادها على بيئة المريض العادية

ولقد أجاب على هذه المعضلة قراهام وريمان (١٩٧٧) بقراءات يومية لضغط الدم تؤخذ في الدار، عند مرضى ضغط دم أساسي، خضعوا إلى تدريبات استرخائية، فانضج لهما انخفاض الضغط من ٩٥/١٥٥ إلى ٨٠/١٣٠ ودام هذا الانخفاض ٤٠ أسبوعاً.

إن الربح العلاجي بالتدريب على الاسترخاء في علاج ارتفاع الضغط الدموي الأساسي بخصيصه تحريضاً مستمراً ينصح للشرطين. أولهما أن تشكل عند المتدرب عادة إرخاء العضلات إرخاءً ثابتاً كما يؤكد على ذلك جاكوسون (١٩٣٨)

وثانيهما تعرّف عادات استجابات القلق غير التكيفية ومن ثم العمل على إطفائها

ولسوء الحظ لا توجد حتى اليوم أي دراسة منهجية تناولت التأثيرات على الضغط الشرياني بإطفاء القلق العصبي، وكل ما لدينا هو حالات فردية، ولعل الحالات الفردية الطموحة هي التي يبتها لعل العلامة ولي من شفاء تام أو تحس دائم لحالات مرضى كانوا يشكون من ارتفاع ضغط شرياني حيث دام هذا التقدم العلاجي لسنين عديدة (ولبي ١٩٧٦).

جـ - الشقيقة وصدام التوتر

يُعَدُّ التوتر الانفعالي عاملاً مسرعاً شائعاً في موبات الشقيقة (لصدا

الصعبي الوعائي)، وأيضاً لأنواع الصلغ الأخرى غير الوعائية ويمكن إصعاف أو إزالة أنواع الصلغ في كلا الصيغين (الوعائي والصلغ التنويري) من خلال الأحاد بيرامج إزالة الإشرط الاعمالي ولعلم أن الإشرعاء وحده لا يكفي لإصعاف الصلغ بأنواعه المختلفة، فلا بد من الاستعانة بالعلاج السلوكي والمعرفي في علاجه، أي إزالة الصيغ المحرعة للصلغ.

#### د - الاضطرابات الممثلة - المعوية

بما أن الجهاز الهضمي هو مُصَّب بالجملة المعوية الإعاية ليس هناك ما يندحر إلى الدحنة من الدور الكبير الذي تقوم به الاضطرابات الاعمالية في التأثير على الاضطرابات الهضمية - على جميع المستويات - من المريء حتى المستقيم (القسم النهائي من الأمعاء الذي يتصل بالشرج)

وأول دراسة أوصحت العلاقة بين الاضطراب الاعمالي، والاستجابات الإفرتزية الهضمية، والاستجابات الوعائية للمعدة، هي التي أجراها كل من ولف Wolf وولف Wolf (١٩٤٢) وتبين لهما أن الخوف يُحمد الإفراز والحركة الهضمية بينما المعدون يزيدهما، كما أن محاطبة المعدة تصبح حنة وحاسة خلال الغضب والمعدون

ورغم هذه المعطيات التي تبرز أهمية العوامل الاعمالية في القرحة إلا أن أبحاث Plessier وجماعت (١٩٧٣) انتهت إلى النتيجة التي مآلها أن أسباب نفروحات المعدة ما زالت غامضة. ومع ذلك فإن القلق يثرون بتعاظم الاضطراب في بعض الحالات، والشعاع من القرحة المععدة يرتبط بإزالة إشرط عادات القلق - الاستجابة (ولي ١٩٥٨).

وتعتبر الدراسات المتعلقة باستخدام العلاج السلوكي في اضطرابات  
التهديد الهضمي السفلي أكثر وفرة، إذ يخرنا Hedberg (١٩٧٣) عن  
حالة امرأة تبلغ من العمر ٢٢ سنة وتعالج من إسهال مزمن، أمكن لتعب  
عليه بنجاح من خلال ١٢ جلسة إزالة التحسس المصحى بدون أي  
انتكاس، وبمشاهدة دامت ستين. وحصل فورمان (١٩٧٣) على نتائج  
إيجابية عند حمسة مرضى يشكون من إسهال وظيفي، وذلك من خلال  
تطبيق التغذية البيولوجية الراجعة والمتضمنة التعزيز اللفظي.

كما أن الجانب الانفعالي في متلازمة تهيج الأمعاء برز في مقدمة  
أبحاث لاشير ورفاقه (١٩٨١)، حيث وجدوا أن ردود الفعل الهضمية عند  
أفراد انزعجة لا تختلف عن المتطابقين المتماثلين في معاناتهم للقلق  
والاكتئاب، ولكن بدون أعراض معوية، لذا فإن علاج متلازمة تهيج  
الأمعاء Irritable bowel syndrome هو في واقع الأمر علاج عادات  
استجابة القلق للتحية، غير المعزّية.

## ٦ - الأعمال الجبرية والوساوس

الوساوس هي اضطرابات ناكسة، سواء أكانت أفكاراً مستمرة أم  
بروعات. ويشير الجبر إلى مظاهر حركية مهيمنة. ولعص السلوكيات  
الوساوسية تأثير في تخفيف القلق، وبعضها الآخر له تأثير في زيادة القلق  
(ولبي ١٩٥٨)، علماً أن القلق عامل مهم في تحريض كلا النوعين.  
وهناك حالات تكون فيها السلوكيات الوسواسية مستمرة باستمرار ذاتياً  
حتى بعد إزالة إشارات القلق السابق، ذلك لأنها أصبحت في حالة إشارات  
مع منبهات أخرى، إلا أن مثل هذه الحالات تبدو غير عادية.

والهدف الأول في التعامل مع القُصّاص الوسواسي، كما هو الحال

في المصائب الأخرى هو التعرف على الغلق السابق وإطفائه وكفاده. أساسية تكون نقية إزالة التحسس المنهجي هي الركيزة والأساس، وتكون للجهود المطلوبة كبيرة عادة، إلا أن أبحاث كل من هودجستون وجماعت (١٩٧٢) التي تناولت دراسات عقارية تجريبية في نجاعة كل من إزالة التحسس والإعراف، والإعراف المصنوق بالمودج Modelling، أوضحت أن التقنية الأخيرة تفوقت على التقنيتين السابقتين<sup>(١)</sup>

## ٧ - الانحرافات الجنسية

سبق وتكلمنا عند الحديث عن العلاج التجبري بالصدمة الكهربائية عن تطبيقات هذا العلاج على الانحرافات الجنسية والفينشية. على أن ما مرع في الحديث عنه هو اللوطية (أو الجنسية المثلية) فالأبحاث الحديثة جداً يت أن بعض اللوطية والمثلية هي مسألة قدر ومصر عد المرء

وهي مألوفها عضوية بيولوجية، أي أن التوجه الجنسي نحو الجنس مع عد الذكور (اللوطية)، أو نحو الجنس الآخر تنفر. عندما يكون الكائن الحي جيناً في نظر أمه فالهورمونات الحية سائرها على الدماغ هي التي تحدد هذا النوع من التوجه، ولا تقيم النظريات الحديثة أي وزن للعوامل التربوية والبيئة في التوجه الجنسي اللوطي عد الذكور، وهذا ما دفع جمعية الطب النفسي التي تصدر كتاب DSM - IV إلى حذف اللوطية أو الشذوذ الأثوي (مبل المرأة الجنسي إلى النساء) من

(١) لمزيد من التفصيل والمعرفة بأساليب العلاج الحديثة للعصاب الرسومي - الجبري راجع كتاب: العلاج النفسي الحديث للعصاب الرسومي - الجبري تأليف الدكتور محمد حماد، إصدار طلاس للنشر، دمشق عام ١٩٩٢ م

صيف الاضطراب أو المرض باعتباره سلوكاً، ميولوجي المنشأ، لا يمكن تبديله، ولا دخل للإنسان ولا للتربية أو البيئة في تكوينه أو توجيهه إلا أن العلامة ولها من حلال تجاريه ومعالجته يرى أن الاضطراب الجنسي عند الرجل (اللوطية) يقوم على أساس أحد الأنواع الثلاثة أو أكثر من العادات المتعلمة:

أ - ردود العمل الإشرافية المثارة من قبل السوء في سياق الارتباط العاطفي أو التقرب الجنسي الجسي.

ب - الفلق الإشرافي الشخصي من النوع الذي يستدعي المعالجة بالتدريج على تأكيد الذات.

ج - لإشراف الجنسي الإيجابي نحو المذكور.

إن العلاج التيسري يطبق فقط في اللوطية للحالة الثالثة (أي ج)

أما الحالة الأولى أو الثانية أو كليهما معاً من الفلق الإشرافي، فإن العلاج يجب أن يتناول أولاً إزالة الفلق المصحب في اللوطية وإدما ما يحجب المعالجة فعلاً لا ضرورة هناك للعلاج التكريهي، ذلك لأن اللوطية تنحصر ويتوجه الميل الجنسي نحو النسوة.

إن العلاج التكريهي بواسطة الصدمة الكهربائية هو الشائع في اللوطية، كما وأن التحسن المستمر (التقنية التي ذكرناها) لها نجاحاتها (عالجت حالة لوطية عند شاب عمره ٢٦ سنة بالتحسن المستمر فكانت النتائج مشجعة - د. حجار).

٨ - عُصابات أو اضطرابات الطبع Character Neuroses

تُعرف هذه العُصابات بعُصاب يتميز بسلوك مضاد للمجتمع مثل الاغتصاب الجنسي، والكذب المرضي، وهوس السرقة Kleptomania

وهذا التعريف يشمل أيضاً الانحرافات الجنسية مثل التلصص الحسي،  
واستعراض العورة Exhibitionism

ونظراً لأن القلق هو السابق لهذه النماذج من العادات المرضية، فإن  
إزالة القلق هي مفتاح إزالة هذه السلوكيات الباثولوجية.

#### ٩ - البدانة Obesity

للبدانة أساس بيولوجي في بعض الحالات، إلا أن معظم البدنيين  
تكمن علة سببهم في شراعتهم نحو الطعام، وتلك عادة، وهذا ينطبق  
أيضاً على النسوة.

رائد فطن ستيوارت (١٩٦٧) إلى ذلك، وهو أول من استعمل هذه  
الحقبة، فابتدع برنامجاً لتبديل عادة الطعام وليس في التحايل على  
محتوى الطعام، وكانت تجربته الأولية ناجحة في جميع الحالات التي  
عالجها وعددها ١١ حالة، حيث استقر وزن أفراد هذه العينة خلال مدة  
سنة متابعه

وكانت طريقته أن تزن المتعالجة نصفها مرة واحدة يوماً في الصباح  
أو المساء (أو الذكر)، فلا تعطى غذاء معيناً، ولكن يتم إعلامها، وعليها  
ألا تأكل مهما كانت الظروف إلا عندما تجلس إلى طاولة الطعام لتناول  
وجبتها العادية اليومية، ومن المعروف في إن مجلس على الطاولة مع  
الأخرين، ولكن إذا كانت جالسة بمفردها إلى طاولة الطعام فلا تفعل أي  
شيء آخر، أي أن تركز انتباهها على الطعام وليس بالاشغال في نشاطات  
أخرى مثل مشاهدة التلفزيون، الاستماع إلى الموسيقى أو القراءة الخ.  
ومن ثم عليها أن تضع السكين والشوكة على الطاولة مرة أو مرتين خلال  
تناولها وجبة الطعام وتركز انتباهها على الطعام بدون أن تأكل لمدة دقيقتين

في بادئ الأمر ، وهذه المدة يتم زيادتها بدقة واحدة كل أسبوع لتصل إلى خمس دقائق كحد أقصى . والحكمة من وراء هذا التوقُّف عن تناول الطعام لهذه المدة الزمنية هي خلق تشبُّط إسرائيلي ضد الاستجابة الآلية لتناول الطعام بمجرد رؤيته ، وهذا ما يفترض به أن يجعل الكثير من المريضات بالشراهة يشعرن بجوع أقل . وفي بعض الحالات تبرز الضرورة في تشبُّط شهية الطعام بين الوجبات الغذائية بواسطة اللجوء إلى التحسس الخفي أو المستر (التكريه التخيلي للطعام).

ربما نرغم من أن هناك براهين تدل على تفوُّق الطريقة السلوكية في علاج البدانة على الطرق الأخرى (ستاندكارد ١٩٧٥) فإن النتائج المتفائلة لطريقة ستينورث لم تستمر ، ذلك لأن خسارة ١١ رطلاً إنكليزياً بواسطة الرامع السلوكية حسب ويلي جيفري (١٩٧٨) تدو متواضعة عندما تكون هناك بدانة كبيرة

ربما لا شك فيه أن العلاج التكريهي ببرامجه المحددة هو علاج قديم ، ولكن علينا ألا نهرب من حقيقة كون البدانة مشكلة ومعضلة كبيرة لم يسم حلها بعد ، ولعل ذلك يكمن في أنها تحمل سمة وخصائص الإدمان على الطعام



## تقييم العلاج السلوكي

بما أن العلاج السلوكي هو التطبيق الإكلينيكي (السريري) لمبادئ التعلم وأساسه الثابتة والمرسخة تجريبياً، فإن استخدامه تقريباً يجيء حصراً في الحالات الإكلينيكية إذ إن التعلم هو أساس هذا العلاج والحالات الأكثر شيوعاً في هذا العلاج هي العُصوبات النمائية (اضطرابات القلق حسب تصنيف كتاب DSM-IV)، وهي الموضوع الرئيسي في هذه الورقة العلمية، وهذا ما يطرح التساؤل في العميد التقييمية لهذا النوع من العلاج، عن الفعالية العلاجية للعلاج السلوكي في العُصوبات النمائية.

ولا شك أن العلاج السلوكي بدأ متفوقاً في فعاليته، وذلك من خلال الإحصائيات المقارنة بين العلاج النفسي والعلاج السلوكي، وإليك الدراسات المقارنة.

### ١ - بيانات المصطلحات الأولية

بدءاً من عام ١٩٥٥ م وما بعد، كان هناك تباين ثابت من الدراسات والأبحاث تناولت علاجات ناجحة لحالات مزمنة، أو لمجموعات صغيرة

بالعلاج السلوكي. وهذه الحالات تم جمعها في مجلدين من قبل العلامة  
Eysenck (١٩٦٠، ١٩٦٤).

وكانت هناك أيضاً مقارنة إحصائية حاضعة للبسط التجريبي في  
وقت مبكر. ففي صلبه مسح قام بها ولي (١٩٨٥) تناولت نتائج في  
العلاج السلوكي من خلال ممارسته الخاصة، انصح أن ٨٩٪ من أصل  
٢١٠ مريض عصابي إما أنهم شعوا من عائلتهم، أو طراً تحسن على  
أعراضهم بسبب ٨٠٪، وذلك بمتوسط جلسات علاجية عددها ٣٠ جلسة.  
وفي متابعتهم العلاجية لـ ٤٥ من هؤلاء المرضى لمدة تزارحت بين السنتين  
والسبع سنوات تبين أنهم احتفظوا جميعهم بما حققوه من نجاح علاجي،  
هذا واحد منهم.

ولعل المدهش في نتائج العلاج السلوكي أن عدد الجلسات  
العلاجية كانت قليلة جداً، بالمقارنة مع الطرق العلاجية النفسية  
الكلاسيكية. وهناك دراسات العلامة حسين (١٩٦٤) وبوربيت (١٩٦٤)  
فقد أفاد حسين أن نتائج ما يقرب من نسبة ٩٥٪ من المرضى الذين  
عولجوا من قبله بالعلاج السلوكي، كانت إما انحساراً تاماً في الأعراض،  
أو مريضاً من ذلك، وذلك في عدد من المرضى يبلغ (١٠٥) مريض،  
عولجت عادات اضطراباتهم بالإيعاءات الدائمة التي استندت إلى مبدأ  
النمط المعاكس السلوكي Reciprocal inhibition.

وعالج كل من بوربيت ورجله ريان ١٠٠ مريض بالتدريب  
الاسترخائي، أتيهه بإزالة التحسس التخيلي والميداني على مستوى أفراد  
وجساعات، واستمر العلاج لمدة خمسة أسابيع. وخلال متابعة دامت سنة  
واحدة بعدد مقداره ٢٥ مريضاً (هذا ما استطاعه بوربيت ورجله)، كان  
هناك ١٥ مريضاً (٦٠٪) ظلوا في حالة شعاء أو في حالة تحسن ولا يسي

ها قصر مدة العلاج التي لم تتجاوز خمسة أسابيع

## ٢ - المعطيات الجديدة الحديثة

في البسنيات أجرى سولوان وجماعته (١٩٧٥) دراسة مقارنة، خضعت لضبط التجريبي في محاولة منهم لمقارنة العلاج السلوكي مع الطرق العلاجية القائمة على العلاج النفسي التحليلي كما أجرى سميت وغلان (١٩٧٧) دولتين محبتين مقارنتين تمت بهما مقارنة هوالد الأنظمة المختلفة لطرق العلاج النفسي.

ففي أبحاث سولوان وجماعته المقارنة تم تقييم أفراد التجربة من قبل ثقبين مستقلين، ثم أرسل هذا التقييم، بتابع عشوائي، إما إلى العلاج السلوكي وإما إلى المعالجبين التسميين المعطيين وقد انضج من هذه الدراسة عدم وجود فروق مهمة بين النظامين العلاجبين، ووصل سميت وغلان إلى النتيجة نفسها أيضاً. وتعتبر هذه النتيجة مهمة طبعاً، لأن العلاج السلوكي تمكن من تحلبي العلاج التحليلي العرويدي، ووراء قوة، ومافه في قصر الوقت، وقلة الكلفة العلاجية.

إلا أن نتائج سميت وسولوان تعرضت للنقد من قبل المعالجبين السلوكيين الذين وجدوا في ممارستهم الإكلينيكية أن كثيراً من المرضى الذين حولجوا بالعلاج النفسي التحليلي تحولوا إلى العلاج السلوكي، بسبب مثل العلاج الأول، وهذا الأمر استدعى سولوان وسميت وغلان إلى إعادة النظر بدراساتهم المقارنة السابقة، بعد أن راجع كل من هارفي وأندرو (١٩٨١) تلك الدراسات، ووصلا إلى نتيجة، بعد سلة معقدة من العمليات الإحصائية، وفرض الدراسات الضابطة، ومعاينة مواقف المقيمين، مفادها تفوق العلاج السلوكي على العلاج النفسي التحليلي، وهذا العلاج المختار، والأسهل، والأكثر فعالية.

ومع ذلك لم يمرض المعالجون السلوكيون عن هذا التعمق، لأن مسسته التي أسعرت عنها دراسة هارفي ولندرو كانت أقل مما ينبغي أن تكون عليه، وذلك لأن الدراسة المعارضة لم تشمل إلا على القليل جداً من المرضى الذين يشرف عليهم معالجون سلوكيون جيدون، يتمتعون بحبرة قوية في هذا الميدان. ولو كانت عينة للعلاج السلوكي مأخوذة من حالات عولجت من قبل معالجي سلوكيين جيدين للتدريب لجاءت نسبة التعمق أعلى بكثير.

وأخيراً أجرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٧٥ دراسة مسحية لمعرفة مكانة كل من العلاج السلوكي أو العلاج النفسي الديناميكي (هلاس ١٩٧٥) في الفعالية العلاجية، فتوضح أن العلاج السلوكي يتفوق على العلاج التحليلي. وتراوحت نسبة الشفاء أو التحسن في الأول ما بين ٤٥ - ٩٠٪ من الحالات في العصابات النفسية، ولم تعد نسبة الانتكاس ٢٠٪. أم في العلاج التحليلي فكانت النسبة تتراوح بين ٣٥ - ٥٥٪، ونسبة الانتكاس تصل إلى حدود ٦٠٪.

تلك هي نظريات إحصائية مقارنة أوردناها لتبين أهمية العلاج السلوكي ومكانته لا سيما وأن معظم المؤتمرات المختصة بالصحة النفسية تبرز في مواضيعها دور العلاج السلوكي في هذا الميدان.

# الفهرس

المصوع	الصفحة
هذا الكتاب . . . . .	٥
الفصل الأول . سمات العلاج النفسي السلوكي ومنابعه . . . .	٧
الفصل الثاني : المنبهات ، الاستجابات ، التعلم وطبيعة التفكير . .	٢١
الفصل الثالث : المُصَلِّبات النفسية وأسبابها . . . . .	٢٧
الفصل الرابع . آليات إزالة مُصَلِّبات الإشراف الكلاسيكي	٣٧
الفصل الخامس : تحليل السلوك . . . . .	٦٣
الفصل السادس : الأساليب العلاجية المعروفة . . . . .	٦٩
الفصل السابع : التدريب على تأكيد المفات . . . . .	٧٥
الفصل الثامن : أسلوب إزالة التحسس المنهجي . . . . .	٨١
الفصل التاسع : الأساليب المختلفة لإزالة التحسس . . . . .	٩٧
الفصل العاشر : الأساليب التي تتضمن إثارة القلق الشديد . .	١١٣
الفصل الحادي عشر : طرق الإشراف الإجرائي . . . . .	١٢١
الفصل الثاني عشر : علاج التتمير أو التكره . . . . .	١٣٣
الفصل الثالث عشر : علاج الاستجابات الجنسية المُنبطة	١٤٧

## الفصل الرابع عشر: استخدام المواد الكيميائية في إزالة

إشراط القلق.....	١٥٧
الفصل الخامس عشر: علاج بعض الاضطرابات النفسية.....	١٧١
الفصل السادس عشر: تقييم العلاج السلوكي.....	١٩١
الفهرس.....	١٩٥

## نبذة عن السيرة العلمية

### للمؤلف



- يحمل شهادة بكالوريوس في العلوم العسكرية من الكلية العسكرية في مدينة حمص.
- نال شهادة الليسانس في التربية وعلم النفس من الجامعة السورية - كلية التربية عام ١٩٦٠، ودبلوم في الدراسات العليا - مدته سنتين - في علم النفس من الجامعة نفسها.
- ماجستير في علم النفس من جامعة هاررد في الولايات المتحدة الأمريكية، ودكتوراه في علم النفس السويدي من جامعة برندين في الولايات المتحدة الأمريكية.
- مجاز من هيئة البورد الأميركية في علم النفس الطبي والطب النفسي السلوكي، من ولاية تسي، وشهادة تخصص من كاليفورنيا في العلاج النفسي - الفيزيولوجي.
- شغل منصب رئيس قسم الانتقاء والتوجيه المهني في القيادة العامة للقوات المسلحة السورية في عهد الوحدة، ورئيس فرع الحرب النفسية والخدمات المعنوية في القيادة نفسها.

- دُرُس وترأس برنامج الرعاية والصحة النفسية والعلاج النفسي على مستوى ماجستير في أكاديمية نابغ للعلوم الأمنية في الرياض، التابعة لمجلس وزراء الداخلية العرب، على مستوى أستاذ باحث وزائر في هذه الأكاديمية، وأنجز عدة دراسات وأبحاث تتعلق بأمور علاج الإدمان على المخدرات وغيرها.
- دُرُس في جامعة دمشق كلية التربية، وكلية طب الأسنان على مستوى أستاذ محاضر، وألف كتابين جامعيين لتدريس علم النفس الصيدلاني، وعلم النفس السريري لطب الأسنان.
- ألف ٢٣ كتاباً في ميادين العلوم النفسية المعكّنة، والصحة النفسية، والعلاج النفسي الحديث، والطب النفسي، وعلاج الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، وغيرها.
- أنتج ما يقرب من ٢٢٥ بحثاً ومقالاً في ميادين العلوم النفسية المختلفة نشرت في المجلات العربية المحلية والإقليمية والعالمية.
- أدرجت سيرته العلمية في كتاب who is who العالمي الذي تصدره سنوياً المؤسسة الأميركية للسيرة الذاتية للوجوه العلمية العالمية، وأيضاً أدرجت هذه السيرة في كتاب: «رجال الإنجاز في العالم» الصادر عن مؤسسة كامبردج للسيرة الذاتية العالمية.
- ساهم محاضراً في أكثر من ١٥ مؤتمراً إقليمياً ومحلياً وعالمياً وحصل على عشر شهادات تقدير وجوائز علمية.
- عضو في خمس جمعيات عالمية للصحة النفسية والعلاج النفسي.



## صدر عن «دار النشر»

### المكتبة النفسية

- \* المرشد الصحي النفسي لتعليم التكيف السلوكي للأولاد . د. محمد الحجار
- \* العلاج السلوكي للتوتر والضغط . . . . . د. محمد الحجار
- \* هالج مشكلاتك النفسية بنفسك . . . . . د. محمد الحجار
- \* الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي - السلوكي . . . . . د. محمد الحجار
- \* التشكّل اللغوي وصعوبات التعلم . . . . . د. فيصل محمد خير الزرّاد
- \* التبول اللاإرادي لدى الأطفال . . . . . د. فيصل محمد خير الزرّاد
- \* مشكلات المراهقة والشباب . . . . . د. فيصل محمد خير الزرّاد
- \* دليل المعلم لتشخيص التعلم . . . . . د. فيصل محمد خير الزرّاد
- \* الأمراض النفسية - الجسدية (أمراض العصر) . د. فيصل محمد خير الزرّاد

